

UNIVERSIDAD DE PANAMA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON ENFASIS EN
PLANIFICACION Y ADMINISTRACION EN LOS SERVICIOS DE
SALUD

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA SEGÚN EL PERSONAL DE
SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION. REGION
METROPOLITANA. 2006

Elaborada por:

MARIA DE LOS ANGELES GOTI

PANAMÁ, REPUBLICA DE PANAMÁ

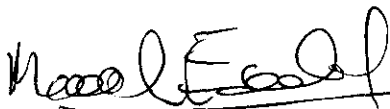
2009

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OPTAR POR EL TITULO DE MAESTRIA EN
SALUD PÚBLICA CON ENFASIS EN PLANIFICACION Y ADMINISTRACION DE
LOS SERVICIOS DE SALUD

APROBADO POR:

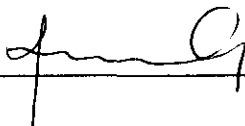
Doctor Manuel Escala

Director de Tesis:



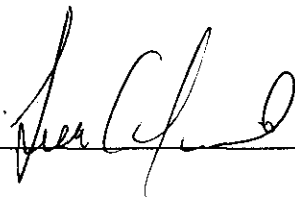
Magister Ivonne González

Miembro del Jurado:



Doctor Luis Garrido

Miembro del Jurado:



Representante de la Vice Rectoría de

Investigación y Post Grado:

Fecha:

Agradecimiento

A Dios por darme y mantenerme la vida.

A mis padres por abrirme las puertas para la realización de este sueño y
siempre motivarme.

A mis hijos por el sacrificio que los hice pasar.

A mi compañero por ser siempre un hombro para apoyarme y sostenerme
en los momentos críticos de mi vida.

Al Profesor Escala por su paciencia.

A la Profesora Anayansi Ying por tenderme una mano amiga.

Y a todos los amigos y conocidos que en algún momento me prestaron su colaboración a
través de sus opiniones y experiencias para la realización de este trabajo

Dedicatoria

A mi familia quienes en todo momento me motivaron para la culminación
de esta etapa de mi vida

INDICE GENERAL

Contenido	Página
Resumen	1
INTRODUCCION	2
PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	4
Formulación del Problema	6
JUSTIFICACIÓN	7
Capítulo I. Marco Teórico	
1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	12
a). Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) como factor vinculado al Recurso Humano y sus sub variables	13
b). El Clima como factor Organizacional y sub variables	14
c). Factores de la Cultura Organizacional y sub variables	17
2. GENERALIDADES SOBRE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA GESTIÓN SANITARIA	
a). Definición,	19
b). Objetivo de la Participación Comunitaria	19
c). Formas de participación	19
d). Experiencias Internacionales Exitosas	20
e). Experiencias Nacionales	27
f). Marco Jurídico Internacional para el fomento de la Participación Comunitaria	29
g). Marco Jurídico Nacional	31
3. GERENCIA Y GESTIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	
a). Gerencia en la Gestión de las Instalaciones de APS	33

b).	Pasos para una gestión local de excelencia	35
c).	Modelos de Gerencia Local con Participación Comunitaria	36
4.	Hipótesis de Estudio	39
5.	Objetivos	40
Capítulo II. Metodología		
1.	Área de Estudio	41
2.	Tipo de Estudio	44
3.	Población	44
a).	Muestra	
4.	Criterios de Inclusión y Exclusión	46
5.	Aspectos Éticos de Estudio	47
6.	IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES	
a).	Variable Principal	48
b).	Variables Secundarias	48
b1).	CAP y sus sub variables	48
b2).	Clima Organizacional y sus sub variables	50
b3).	Cultura Organizacional	53
c).	Variables Condicionantes	55
7.	Método de Recolección	58
8.	Validación del instrumento	59
9.	Instrumento de Recolección de datos	59
10	Plan de Análisis	60
Capítulo III. Análisis de Resultados		
	Resultados	61
	Discusión	76
	CONCLUSIONES	85
	RECOMENDACIONES	86
	BIBLIOGRAFÍA	87
	ANEXO	91

INDICE DE CUADROS

Pag.

CUADRO I:

61

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA
DE SALUD POR INSTITUCION SEGÚN EL GRUPO ETAREO.
MINSA-CSS. AÑO: 2006

CUADRO II:

62

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA
DE SALUD POR INSTITUCIÓN SEGÚN SEXO. MINSA - C.S.S.
AÑO 2006

CUADRO III:

62

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA
DE SALUD POR INSTITUCION SEGÚN EL ESTADO CIVIL.
MINSA-CSS. AÑO: 2006

CUADRO IV:

63

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD
POR INSTITUCION SEGÚN ESCOLARIDAD. MINSA-CSS. AÑO: 2006

CUADRO V:

64

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE
SALUD POR INSTITUCION SEGÚN EL TIEMPO DE LABORAR.
MINSA-CSS. AÑO: 2006

CUADRO VI: 65

DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE
SALUD POR SEXO SEGÚN EL GRUPO ETAREO.

MINSA-CSS. AÑO: 2006

CUADRO VII: 67

DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE
SALUD SEGÚN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS.

MINSA - C.S.S. AÑO 2006

CUADRO VIII: 70

PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN
VARIABLES DE CLIMA ORGANIZACIONAL MINSA C.S.S.

AÑO: 2006

CUADRO IX: 73

PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN
LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN VARIABLES
DE CULTURA ORGANIZACIONAL MINSA- C.S.S. AÑO: 2006

CUADRO X: 75

PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD POR INSTITUCION
SEGÚN GRADO DE PARTICIPACION EN EL FOMENTO DE LA
PARTICIPACION COMUINITARIA. MINSA - CSS. AÑO: 2006

CUADRO XI: 84

RESPUESTAS BUENAS SEGÚN LAS VARIABLES Y
SUB VARIABLES DE ESTUDIO. MINSA - CSS. AÑO: 2006

INDICE DE GRAFICAS

Pag.

GRAFICA I:

68

RESPUESTAS DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN CONOCIMIENTOS,
ACTITUDES Y PRÁCTICAS MINSA - C.S.S. AÑO 2006

GRAFICA II:

71

RESPUESTAS DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN CLIMA
ORGANIZACIONAL. MINSA -C.S.S. AÑO 2006

GRAFICA III:

74

RESPUESTAS DEL PERSONAL DE PRIMER NIVEL DE ATENCION
SOBRE LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL FOMENTO DE LA
PARTICIPACION COMUNITARIA

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal cuyo objetivo fue describir los factores que influyen en la participación comunitaria según el personal de salud del primer nivel de atención realizado en siete instalaciones de salud de la región metropolitana del Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social ubicadas en Juan Díaz, Pedregal, Mañanitas y 24 de Diciembre. Específicamente deseamos identificar los factores en tres grupos: conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), clima organizacional (responsabilidades, estándares, satisfacción y liderazgo) y cultura organizacional (valores, ritos, manifestaciones estructurales y manifestaciones materiales), finalmente determinamos el grado de participación del personal en el fomento de la participación comunitaria. **Materiales y Métodos:** A un nivel de confianza del 95% y un error del 5%. la muestra fue de 87 funcionarios de salud que cumplieran con criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó una encuesta de tres partes: la primera para datos generales (variables condicionantes), la segunda midió conocimientos generales y la tercera midió el resto de variable, validada en la ULAPS de San Cristóbal con seis (6) funcionarias. La base de datos se construyó en Excel y el cálculo estadístico de inferencia de parámetros sobre una población con Epidat Dos versión 3.0 **Resultados:** prevaleció las edades entre 40 y 49 años, sexo femenino, estado civil casados, universidad completa y el tiempo de laborar de 1 a 5 años. Las CAP, el clima y la cultura influyeron negativamente pero las actitudes serían una influencia positiva para la participación comunitaria. El grado de participación del personal en el fomento de la participación comunitaria resultó regular.

SUMMARY

We performed a cross-sectional descriptive study whose objective was to describe the factors influencing community participation by health personnel of the first level of care conducted in seven health facilities in the metropolitan region. Ministry of Health and Social Security Fund located in Pedregal, Mañanitas, Juan Díaz and December 24. Specifically we wish to identify the factors into three groups: knowledge, attitudes and practices (KAP), organizational climate (responsibilities, standards, satisfaction and leadership) and organizational culture (values, rituals, rallies and demonstrations structural materials), will ultimately determine the degree of staff involvement in promoting community participation. **Materials and Methods:** A confidence level of 95% and 5% error. the sample was 87 health officials who met inclusion and exclusion criteria, were surveyed in three parts: the first for general data (conditioning variables), the second measured general knowledge and the third measured the rest of variables and sub variables was validated in the San Cristobal ULAPS six (6) officers. The database was built in Excel and the statistical inference about a population parameter with Epidat Dos version 3.0. **Results** prevailed between the ages of 40 and 49 years, female, married, college full time and labor DE1-5 years followed by 21 years and over; the CAP. Climate and Culture were negatively influence, however, attitudes would be a positive influence on community participation. The degree of staff involvement in the promotion of community participation was regular.

INTRODUCCION

Cada país miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaría la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y la Participación Comunitaria como uno de sus pilares principales para lograr que las comunidades intervengan en los problemas colectivos y se conviertan así en parte de la solución desarrollando el sentido de autodeterminación y autorresponsabilidad, integrándose a los equipos de salud como un capital social, por la mejora continua de la salud individual y colectiva.

Las instituciones de salud son las responsables de implementar esta estrategia mediante la creación de modelos de atención y de proporcionar las condiciones que viabilicen los logros esperados. A pesar que las instalaciones de salud del primer nivel de atención están basadas en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, no se observa que se facilite la participación de los miembros de las comunidades

Este estudio busca describir algunos factores que influyen en que la participación comunitaria no se esté realizando según el modelo de atención concebido al igual que el marco jurídico nacional e internacional, según los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a los funcionarios de salud responsables de fomentar dicha participación.

En el marco metodológico encontraremos la descripción del área de estudio de las instalaciones de salud seleccionadas (cuatro de la Caja de Seguro Social y tres del Ministerio de Salud) ubicadas en los Corregimientos de Juan Díaz, Mañanitas, Tocumen y Pedregal, las hipótesis correspondientes a los tres grupos de variables y sub variables, con sus definiciones conceptuales y operacionales, escala de medición y el rango de

puntaje para clasificar los resultados y así poder obtener el grado de participación de los funcionarios en fomentar la participación comunitaria además del cálculo de la muestra con rigor científico obteniendo un total de 87 funcionarios para aplicarles la encuesta. Los resultados se analizaron utilizando los resultados de la inferencia de una población, valor en el que nos basamos para la aprobación o rechazo de las hipótesis planteadas. Finalmente se presentan los resultados y la discusión con sus respectivas conclusiones y recomendaciones. En el anexo se encontraremos el instrumento de recolección de datos.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo de un país se mide por su desarrollo social, económico y político, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma el hecho que la capacidad de desarrollo depende de la salud, medida importante de la eficacia de las Estrategias de Desarrollo, entendiéndose éste como el proceso de mejorar la calidad de la vida mediante cambios que reflejen mayor productividad, mejor nivel de vida, mayor participación política y mayor acceso a bienes y servicios básicos. En vías de la modernización de los servicios de salud se han planteado diversos recursos y herramientas como parte de la reforma del sector salud con el afán de mejorar el acceso y equidad especialmente de los desposeídos y postergados para resolver los problemas y necesidades de la población de forma conjunta.

La participación comunitaria ha sido concebida como uno de los pilares importantes de la Estrategia: Atención Primaria de Salud, conocida como la “APS”, como resultado de la reunión de los países miembros de la OMS en 1978 para el logro de la Meta “Salud para Todos”. El objetivo de promover la participación comunitaria es que los miembros de la comunidad tomen sus decisiones sobre los problemas que los aquejan como colectivo y así promover el espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

En Panamá no se ha podido lograr la participación comunitaria generalizada y sostenida en materia de salud, los logros de participación han sido aislados y en algunos casos insipientes. Se han desarrollado diversos planes y programas que fomentan la participación comunitaria como actor directo y activo de los servicios de salud, como la

creación de los comités de salud de las comunidades para colaborar en la gestión de los centros de salud de 1970, la implementación de la atención comunitaria “Salud Integral y Vida completa” cuyo creador fue el Dr. José Renán Esquivel en 1974, antes de la Conferencia de Alma Ata. A partir de los '90 se crearon las juntas administradoras de acueductos rurales (JAAR) en 1994.

Como resultado de compromisos adquiridos por Panamá en reuniones con organismos internacionales, el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS) crearon conjuntamente un modelo de atención denominado “Familiar, Comunitario y Ambiental” basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud que data de 1997 por lo que la CSS, creó las Unidades Locales de Atención y Promoción de Salud (ULAPS), a través del cual se debería fomentar la organización y participación de consejos de salud de familia, consejos de salud sectoriales, agrupaciones juveniles y religiosas, comités de ornato y aseo entre otros. Posteriormente a partir del 2001, durante la administración del Profesor Juan Jovené, se crearon los Centros de Atención, Promoción y Prevención de Salud (CAPPS) y los Consejos Comunitarios en la Caja de Seguro Social.

Este modelo de atención impone un cambio en el sistema de prestación de servicio de salud acostumbrado, diferente al modelo curativo, por lo cual cada institución como organización sanitaria es responsable de desarrollar estrategias que permitieran el desarrollo organizacional óptimo y que garanticen los logros esperados

A pesar de los esfuerzos realizados por la alta gerencia de ambas instituciones en conceptualizar un modelo que favoreciera la participación comunitaria como un actor en los proyectos de fomento de la salud, en el nivel operativo se observa una atención primordialmente curativa o biológica dirigiendo sus esfuerzos en mayor cantidad, frecuencia y tiempo a actividades y tareas curativas permaneciendo mayoritariamente

dentro de la instalación, a pesar que existen organizaciones comunitarias establecidas en las distintas instalaciones sanitarias de ambas instituciones, a fin de crear la auto responsabilidad en el mejoramiento de su calidad de vida, mejorando los estilos y condiciones de vida individual y colectivamente.

El sistema sanitario es responsable de implementar la APS y como pilar importante la Participación Comunitaria existiendo diversos factores intrínsecos que no han facilitado el trabajo de los equipos básicos de salud. Cada instalación de salud presenta sus propias peculiaridades y diferencias, pero nos interesamos conocer si existen causas comunes que conlleven a este problema.

Actualmente se desconoce de forma científica los factores que están incidiendo en que el desarrollo de la participación comunitaria no se implemente cabalmente en las instalaciones de primer nivel de atención a pesar de estar basadas en la Atención Primaria de Salud.

a). FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

¿Qué factores de CAP (conocimientos, actitudes, prácticas), clima y cultura organizacional influyen positiva o negativamente en la participación comunitaria según la experiencia y vivencias del personal de salud del primer nivel de atención en la región metropolitana?

JUSTIFICACION

Panamá cuenta con un marco legal que favorece el desarrollo de la participación de los miembros de las comunidades en las instalaciones cuyo modelo de atención es basado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud y como país miembro de la Organización Mundial de la Salud se ha suscrito en Acuerdos y Convenios Internacionales como la Conferencia de Alma Ata (1978), la Carta de Ottawa (1986), el Plan de acción de Johannesburgo (Río + 10), Agenda 21; principal documento de la Cumbre de la Tierra en 1992 entre otros.

A nivel nacional se cuenta con la Constitución Política de la República (artículo 119), la reglamentación legal de los Comités de Salud para el Ministerio de Salud, las Políticas y Estrategias de Salud establecidas por el Ministerio de Salud “MINSA” (2000 – 2004 y 2005 – 2009) como ente rector constitucionalmente establecido, además de los Lineamientos y Estrategias de la Caja de Seguro Social (2000 – 2004 y 2005 – 2009).

Históricamente desde sus inicios, la APS ha tenido sus detractores y obstáculos para ser implementada muchas de ellas generadas por la propia organización desfavoreciendo el clima y la cultura organizacional. Por vivencias propias y basada en algunos autores como Bernalte et Al, mencionaremos algunas causas que han generado esta problemática como: la disponibilidad política en todos los niveles jerárquicos, la centralización administrativa, el temor de perder el poder por parte de los gerentes o directores en todos los niveles, la asignación “política” de directivos o sea ausencia de concurso de puestos, el estilo de liderazgo gerencial, la asignación de los recursos y del personal de salud sin

perfil establecido, la falta de conocimiento en cuanto a la gestión de los establecimientos basados en la estrategia de APS, falta de: definición de roles miembros de los equipos de salud, capacitación a los equipos básicos, de liderazgo en los equipos, de motivación e incentivos hacia los colaboradores, de reconocimiento y poca posibilidad de superación profesional, resistencia al cambio de modelo y de funciones por parte de algunos funcionarios de salud, la carencia de herramientas administrativas que faciliten la conducción, supervisión y evaluación de los objetivos trazados, así como poco conocimiento de la misión y visión institucionales, la inadecuada información a la población que impide una nueva cultura de utilización de los servicio y la coexistencia de dos modelos de atención.

A continuación mencionaremos los múltiples beneficios que redundaría la participación de los individuos, familias y miembros de la comunidad:

- Los mismos asumen una mayor responsabilidad y determinación en el mejoramiento de la salud individual y colectiva, fomentando la autosuficiencia de la comunidad, mediante el cambio de actitud y de su propia percepción acerca de la responsabilidad de estar sanas y que su comportamiento afecta la utilización de los servicios de salud.
- Estimula a las personas a desarrollar actitudes personales y adquirir conocimientos que las lleven a cambiar su modo de vida” Balcazar et Al (2000).
- Fomenta la colaboración entre los individuos y los prestadores de servicio para la optimización del bienestar de la comunidad mediante intervenciones y alternativas diseñadas para la colaboración mutua.
- Refuerza las fortalezas y competencias centrales de las personas para controlarse a si mismos o para reducir al mínimo la exposición al ambiente que fomenta o sustenta el comportamiento indeseable.

- Los miembros de la comunidad adquieren mas influencia en los acontecimientos, resultados y recursos a través de la reflexión crítica de la acción del ambiente que los rodea.
- Los individuos y las familias de la comunidad se benefician participando activamente en la gestión sanitaria ya que se basa en que ayuden o propicien el diseño, implementación, evaluación y retroalimentación de proyectos que promuevan y protejan la salud dirigidos al cambio de comportamiento hacia una cultura de salud, para mejorar la calidad de vida evitando dolor, sufrimiento y perdida de funcionamiento, discapacidad prolongada o permanente así como muerte prematura.
- El sistema de salud se beneficia porque al lograr cambios de actitud en cuanto a la colaboración conjunta implica modos de vida más sanos contribuyendo a reducir la demanda de atención y por ende la reducción de los costos de las instituciones de salud.
- Facilita la sostenibilidad de los proyectos resultando mas baratos, ya que se hacen dueños de los mismos aportando los recursos propios de la comunidad.
- Aumenta la satisfacción personal y de grupo tanto de los miembros de la comunidad como de los funcionarios.
- Intervenir en la solución de sus necesidades y problemas vinculados a la salud y al desarrollo humano no sólo se mejora la calidad de vida y las oportunidades de desarrollo, se beneficia también la democracia y la paz de la población.
- Se mantienen los adultos económicamente activos productivos y con más años de vida pero con calidad lo que contribuye a aumentar las inversiones extranjeras.

Nos proponemos aportar elementos relacionados a los conocimientos, actitudes, practicas, clima y la cultura organizacional que resulten del presente estudio realizado con la colaboración de funcionarios miembros de los equipos básicos o de trabajo de salud,

coordinadores o directores médicos así como planificadores locales, entre otros según disponga la institución, que les sirvan de base para la elaboración de herramientas gerenciales que viabilicen la participación de la comunidad en las instalaciones del primer nivel de atención así como presentar los resultados a las gerencias y autoridades institucionales, de confirmar el interés, a fin de motivarlos a establecer mecanismos que permitan incrementar dicha participación a través de metodologías participativas e incluyentes que fomenten la auto responsabilidad y autodeterminación individual y colectiva en las comunidades a través de programas y proyectos de promoción de la salud y protección específica para la mejoría continua de la calidad de vida de los mismos, así como para la utilización eficiente de los recursos propios de la comunidad, reduciendo las altas demandas y los costos en las instalaciones de salud, haciendo uso más eficiente de los recursos institucionales y de esta forma mejorar la gestión sanitaria. Esto servirá de base para la realización de otros estudios que avalen, mejoren o complementen el nuestro.

La finalidad es hacer evidencia de los factores que interfieren y que facilitan la Participación Comunitaria para que se tomen en cuenta al momento de plantearse estrategias de mejora, a fin que la gestión sea eficiente, eficaz y que cumpla con la misión y visión para la que fueron creadas.

En nuestra exhaustiva búsqueda encontramos trabajos de utilidad como consulta como los siguientes: “Análisis de la Situación de Salud y Participación Social en las Margaritas de Chepo 1995” por Vielka de Oviedo, en la que se identificaron factores sociales de la comunidad y su interrelación con las instituciones estatales, otro de los trabajos fue “La Motivación y el Clima Organizacional en el Centro de Salud Dr. Rómulo Roux en tiempos de la modernización del Sector Salud” por Nancy Guzmán López quien aplicó el instrumento de evaluación al personal de salud indistintamente de la ocupación o

profesión, indagando variables exclusivamente relacionadas al clima organizacional. También tuvimos acceso al trabajo de Clementina Soto Rodríguez titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas del equipo de salud en el desempeño de la atención a personas con VIH / SIDA, Penonomé- Coclé 2005”. Sin embargo no encontramos trabajos o estudios que hagan referencia a iguales términos en el marco organizacional de forma más integral como nuestro trabajo en el que se indaga los funcionarios de ambas instituciones en los corregimientos de Juan Díaz, Mañanitas, 24 de Diciembre y Pedregal, haciéndolo así novedoso. El financiamiento se logró por autogestión. Los resultados se presentarán en actividad docente – académica y se publicará en una revista de la localidad o extranjera.

CAPITULO I

1. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA

Los Factores se refieren tanto al recurso humano como a la organización de la propia institución, en este caso a las circunstancias que se generan por la propia estructura. Existen factores que afectan a la organización en su conjunto y que deben ser responsabilidad de la alta gerencia. La alta gerencia desde un punto de vista sistémico, debe ser la encargada de funcionar como el "cerebro" de la organización, por lo tanto, debe estar alerta a las posibles amenazas y oportunidades que se presentan en el medio ambiente al mismo tiempo que mantiene el control interno de la operación para asegurar los resultados.

Como aspecto fundamental del presente estudio consideramos que es de gran importancia tres variables con sus sub variables relacionadas con el tipo de estudio y relacionadas entre sí. Primero la variable CAP y sub variables: conocimientos, actitudes y prácticas, segundo la variable Clima organizacional con las sub variables: responsabilidad, satisfacción, estándares y liderazgo; tercero la variable Cultura Organizacional y sus sub variables: valores, ritos, manifestaciones estructurales y manifestaciones materiales que desarrollamos a continuación:

a) Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) como factor vinculados al Recurso Humano y sub variables:

a₁) Conocimientos:

Lo constituye el conjunto de ideas que posee una persona sobre determinada situación lo cual se va adquiriendo a través de un continuo proceso de educación formal o no formal que sirve de base para el proceso de razonamiento

Para Münch (1998) entre los valores predominantes en la sociedad occidental actual es el conocimiento que va orientado hacia la transformación práctica del mundo, lo que se manifiesta en avances científicos y tecnológicos impresionantes.

a₂) Actitudes:

La actitud es la disposición de una persona a comportarse de una determinada manera según sus características de personalidad. La actitud laboral es la tendencia individual en relación con el trabajo condicionada por un conjunto de factores innatos, adquiridos, internos o externos al trabajador. Pueden existir actitudes laborales positivas o negativas, así también causadas por factores tanto laborales como ajenos a la organización". (Martínez, 2001a) Este autor propone la siguiente sugerencia: "El método más simple de descubrir y medir las actitudes es levantar un "censo de opiniones", porque las opiniones de un grupo o de un individuo proporcionan claras indicaciones sobre sus actitudes. Davis y Newstrom señalan que las actitudes son los sentimientos y supuestos que

determinan en gran medida la percepción de los empleados respecto de su entorno, su compromiso con las acciones previstas y, en última instancia su comportamiento; Martínez (2001b) menciona que las encuestas de actitud tienen funciones útiles en las organizaciones como medio de descubrir desde un principio fuentes específicas de irritación entre los empleados.

a₃) Prácticas:

Son las buenas prácticas acerca del diseño, aplicación y gestión de políticas públicas de salud que promuevan la cohesión social para el desarrollo de los sistemas de APS (OPS, OMS). Son las prácticas óptimas de organización y gestión, atención integral e integrada en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrollar mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Hacer uso de información precisa en la planificación y la toma de decisiones que incentive la mejora de la calidad del servicio de APS promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.(OPS,OMS).

b). El Clima como factor Organizacional y sub variables

El clima organizacional determina la productividad de los colaboradores dentro de la institución porque está afecta la marcha eficaz de las actividades y el bienestar del personal en todos los niveles. Se define como: "...las percepciones compartidas por un grupo de individuos acerca de su entorno laboral: estilo de supervisión, calidad de la capacitación, relaciones laborales, políticas organizacionales, prácticas comunicacionales, procedimientos administrativos, ambiente laboral en general.”(Brow, 1991).

Durante nuestra exhaustiva consulta de referencia observamos diferencias y similitudes acerca de las variables o cualidades que las caracteriza; para este estudio se

seleccionaron en base a los resultados del sondeo previo que se realizó con algunos funcionarios del primer nivel de atención de ambas instituciones. Por esta razón a continuación detallaremos las sub variables de interés para este estudio.

b₁). Responsabilidad (empowerment)

Es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. Es la medida en que la supervisión que reciben es de tipo general y no estrecha, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y no tener doble chequeo en el trabajo. Para Davis y Newstrom (1999) el empowerment es "un proceso que ofrece mayor autonomía a los empleados compartiendo con ellos información relevante y dándoles control sobre los factores que influyen en su desempeño laboral". Bustos et. Al. (1997 a). Para Molina (1996) significa habilitar, conceder, permitir una iniciativa a cierta persona para actuar por sí misma y permitir la iniciativa a otros". Bustos et. Al. (1997 b) El término empowerment se entiende como sinónimo de cultura de participación donde se requiere del concurso de todos para alcanzar objetivos de calidad, donde las organizaciones rompen esquemas y paradigmas en cuanto a las decisiones y estilos de liderazgo. Estos expertos resaltan que por efecto del empowerment los empleados se sienten facultados para enfrentar diversas situaciones y capacitados para asumir el control de los problemas que se les presenten en su desempeño laboral diario.

b₂). Satisfacción:

"La satisfacción en el trabajo es una actitud que los individuos mantienen con respecto a sus funciones laborales. Es el resultado de sus percepciones sobre el trabajo, basadas en factores relativos al ambiente en que se desarrolla el mismo, como el estilo de dirección, las políticas y procedimientos, la afiliación de los grupos de trabajo, las condiciones

laborales y el margen de beneficios.” TINEO. De acuerdo a Márquez, se consideró que los principales factores que determinan la satisfacción laboral son: reto del trabajo, sistema de recompensas justas, condiciones favorables de trabajo, colegas que brinden apoyo , compatibilidad entre personalidad y puesto de trabajo

b₃). Estándares:

Es la percepción de los miembros acerca del énfasis que pone la organización sobre las normas de rendimiento. MARTINEZ, se establecen objetivos retadores, pero alcanzables Maisch (2004), es la forma cómo los miembros de una organización perciben los estándares que se han fijado para la productividad de la organización basada en la teoría de Márquez citando a Robbins (1998)

b₄). Liderazgo Gerencial

Es la influencia ejercida por los jefes sobre el comportamiento de otros para lograr resultados. Segredo y Reyes, (2004). El líder gerencial debe entenderse como aquel que establece la unidad de propósito y dirección de la organización, puede crear y mantener el desarrollo interno en el que los integrantes de la organización se vean totalmente involucrados en alcanzar los objetivos institucionales además de desarrollar y entender las necesidades y expectativas de los clientes externos, actuando en función de los resultados. Es aquella persona que articula y despierta entusiasmo en pos de una visión y una misión compartidas, para que mañana la organización se desarrolle y sea tan competitiva como lo deseamos (visión), y se ponen a la vanguardia cuando es necesario, cualquiera sea su cargo. El líder está en constante crecimiento personal, e informado de todo lo que sucede a su alrededor, orienta el desempeño de otros, haciéndoles asumir su responsabilidad; el trato de un líder en todo momento no deja de ser horizontal,

respetando las opiniones de sus compañeros y guían mediante el ejemplo. Para efectos de este trabajo se tomará en cuenta el liderazgo de la persona responsable de la instalación de salud.

c). Factores de la Cultura Organizacional

La cultura organizacional es un conjunto de paradigmas, que se forman a lo largo de la vida de la organización como resultado de las interacciones entre sus miembros, de éstos con las estructuras, estrategias, sistemas, procesos, y de la organización con su entorno, a partir de las cuales se conforma un conjunto de referencias, que serán válidas en la medida que garanticen la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la organización. Basada en los aportes realizados tanto por Münch (1998) como por García (1999) y en concordancia con el sondeo realizado entre los funcionarios de las instalaciones de estudio incluimos los siguientes factores propios de la cultura organizacional:

c₁). Valores

Son las cualidades que tienen las personas que integran una organización. También pueden ser negativos (algunos lo llaman antivalores). Para Münch (1998) los valores adquieren especial importancia, pues son fruto de la evolución del espíritu e intelecto del hombre ya que a través del tiempo han permitido que el ser humano desarrolle sus potencialidades para 'ser' y no simplemente existir, diferenciándose así de los animales. Los valores "son los principios o las pautas de conducta que orientan la actuación de los individuos tanto en la sociedad como en el trabajo" (Bustos 1997 I)

Olivares (1999) sostiene que la piedra angular, necesaria para construir una base sólida que permita orientar a la organización al nuevo milenio en forma planeada, la constituye

respetando las opiniones de sus compañeros y guían mediante el ejemplo. Para efectos de este trabajo se tomará en cuenta el liderazgo de la persona responsable de la instalación de salud.

c). Factores de la Cultura Organizacional

La cultura organizacional es un conjunto de paradigmas, que se forman a lo largo de la vida de la organización como resultado de las interacciones entre sus miembros, de éstos con las estructuras, estrategias, sistemas, procesos, y de la organización con su entorno, a partir de las cuales se conforma un conjunto de referencias, que serán válidas en la medida que garanticen la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la organización. Basada en los aportes realizados tanto por Münch (1998) como por García (1999) y en concordancia con el sondeo realizado entre los funcionarios de las instalaciones de estudio incluimos los siguientes factores propios de la cultura organizacional:

c₁). Valores

Son las cualidades que tienen las personas que integran una organización. También pueden ser negativos (algunos lo llaman antivalores). Para Münch (1998) los valores adquieren especial importancia, pues son fruto de la evolución del espíritu e intelecto del hombre ya que a través del tiempo han permitido que el ser humano desarrolle sus potencialidades para 'ser' y no simplemente existir, diferenciándose así de los animales. Los valores "son los principios o las pautas de conducta que orientan la actuación de los individuos tanto en la sociedad como en el trabajo" (Bustos 1997 l)

Olivares (1999) sostiene que la piedra angular, necesaria para construir una base sólida que permita orientar a la organización al nuevo milenio en forma planeada, la constituye

la declaración de misión, visión y valores. Menciona que "La misión y la visión requieren de estar firmemente apoyadas por valores, ya que éstos son la base para formar la cultura de trabajo, la cual a su vez constituye la disciplina esencial necesaria para guiar al éxito en cualquier organización". Sensibilidad y adaptabilidad a los cambios del entorno.

c₂). Ritos

Basada en el estudio de Rodolfo Marcone Trigo y Francisco Martín del Buey, (2003) quienes incluyeron la variable ritos en el mismo, dirigimos un poco la atención en el sentido de las preguntas, ya que intentaron realizar un inventario de cultura organizacional de una institución educativa, el cual apunta hacia el conocimiento del reconocimiento del esfuerzo, del trabajo y de los logros.

c₃). Manifestaciones Estructurales

Son aquellas expresiones o manifestaciones con las que de una manera directa pretende asegurarse el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

c₄). Manifestaciones Materiales

Son todos los recursos físicos que desarrolla la organización, con los cuales se apoya para llevar a cabo sus diferentes actividades y que los conserva lo mejor posible.

2. GENERALIDADES SOBRE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA GESTIÓN SANITARIA

a). Definición

La participación comunitaria es un proceso por el cual los individuos y las familias toman a cargo su propia salud y su bienestar, lo mismo que el de la comunidad de la cual ellos forman parte. Gracias a esta participación, los individuos y los grupos sociales pueden incrementar sus responsabilidades en salud contribuyendo a un desarrollo más global. Se traduce en la implicación voluntaria y activa de los grupos y de las comunidades locales.

En la conferencia de Alma Ata se recogió la siguiente definición: "proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios, los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario".

b). El objetivo de la participación comunitaria

Contribuir al mejoramiento de la salud como un derecho humano fundamental de la población basando sus acciones en la Promoción, Prevención y Educación para la Salud.

c). Formas de participación

c₁) Colaboración: es la participación de los usuarios en los programas institucionales.

c₂). Cogestión: significa un avance hacia la participación autónoma. Es la forma de intervenir en las decisiones, suponen una descentralización, una democracia del poder y

de los mecanismos para acceder a él. Implica la capacidad de interlocución, negociación y concertación de todos los actores sociales para el desarrollo de la salud.

c₃) Autogestión: constituye una forma más independiente de participación y puede surgir a través de procesos inicialmente acompañados o asesorados y derivar en un proceso más autónomo ya sea porque la institución a cargo lo promueve, o porque la organización asesorada comienza a necesitar en algún momento de una mayor autonomía.

c₄) Negociación: este tipo de participación se mueve dentro de una lógica diferente, en donde el Estado y sus instituciones asumen la responsabilidad del desarrollo social, al estimar que es obligación de éste, prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. En el caso de la salud, el auto cuidado y los hábitos saludables podrían estar a cargo de la población, comprometiendo al Estado a ofrecer una atención de calidad a todos los ciudadanos. En esta modalidad las instituciones involucradas siguen un proceso que incluye la deliberación, que no es más que el análisis conjunto de la problemática de salud de una comunidad, donde se reconoce la validez del punto de vista de la población de su percepción e interpretación de los fenómenos que se relacionan con su salud, para la elaboración de una visión conjunta.

c₅) Concertación: proceso de conseguir sobre qué debe hacerse o lo que puede hacerse para solucionar problemas sobre los que existen consenso.

d. Experiencias internacionales exitosas

d₁). En cuanto a auto gestión en el Perú son conocidos los Comedores Populares Autogestionarios, dirigidos por mujeres de las comunidades.

d₂) A inicios de 1991 se creó el Comité de Gestión Multisectorial de Salud de San Martín de Porres (COMUGESA) como instancia de cogestión entre el Estado y la

Sociedad Civil, con sus diversas organizaciones e instituciones, producto de un proceso de deliberación y negociación a través de la concertación social para la salud integral. Actualmente este espacio desarrolla un Plan de Trabajo Anual Distrital el cual se ejecuta en los Centros de Salud del Distrito, haciendo evaluaciones periódicas y una evaluación al final de año. Experiencias similares se están desarrollando en el Distrito de Chorrillos, en Ventanilla, en Independencia, Los Olivos, etc.

d₃). En Lima, Perú se valora positivamente el trabajo de creación, fortalecimiento y desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, que desde agosto de 1992 se están denominando Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS). Así mismo se han ido creando poco a poco Sistemas Distritales de Salud en algunas áreas locales de Lima Metropolitana y de ciudades intermedias del interior del país, en perspectiva del desarrollo local. En áreas rurales se han desarrollado Sistemas Provinciales de Salud, organizados algunos en torno al eje productivo y del desarrollo integral. Hevia (1992.)

d₄). La experiencia de Sevagran, India: el hospital Kasturba, contribuye a implementar un programa de salud periférico para aldeas vecinas. La mayor contribución por la comunidad se efectuó en sorgo para crear servicios de alta calidad, además de participar en la adopción de decisiones y en la supervisión de los agentes de salud rural, según la capacidad de pago y su uso estaba destinada a sufragar costos de medicamentos, gastos de viaje del equipo móvil de salud y la remuneración de salud rural. “En los casos en que se suspendía el programa por falta de apoyo, por lo general llevaba a la comunidad a reorganizarse, y en la mayor parte de los casos se reintroducía el sistema”

Los logros obtenidos fueron:

- ✓ Durante los siguientes 10 años, más del 75% de las aldeas de la zona se habían afiliado al sistema.
- ✓ Los pobres se interesaron mas en adherirse que las personas de más recursos económicos.
- ✓ Se realizaron reuniones y grupos de discusión como medio de comunicación.
- ✓ Luego de iniciada la vacunación en masa no se reportaron: casos nuevos de enfermedad prevenible por vacuna, ni defunciones maternas, descenso notable de la mortalidad infantil, según informó la enfermera del centro de salud.
- ✓ Las reuniones anuales contribuyeron a mejorar todo lo concerniente a las cuestiones sanitarias, debido al mayor compromiso y responsabilidad tanto de aldeanos como de los prestadores del servicio de salud.
- ✓ Los equipos de salud fueron considerados como guías y consejeros de los aldeanos en asuntos relacionados con la salud, incluyendo abastecimiento de agua, riego y programas de generación de ingresos. Jajoo (1992)

d₅). Experiencia del Comité Multisectorial de Salud Santa Rosa

El Comité Multisectorial de Salud del Distrito de Santa Rosa, se constituye a raíz de la epidemia de Cólera, convocado por el Médico Jefe en coordinación con una ONG (Organismo No Gubernamental) que trabajaba en el distrito, invitando los representantes de la Iglesia, Municipio, Docentes, Organizaciones Populares del Vaso de Leche y Comedores Populares, Organismos No Gubernamentales, y Médicos Jefes de los otros Centros de Salud del distrito.

En la programación y ejecución de las actividades participaron todos los representantes en forma coordinada, contando con los recursos humanos y materiales de todas las instituciones y organizaciones presentes. Al finalizar las actividades de este

programa, se hizo una evaluación participativa a partir de la cual se vio la necesidad de continuar acciones coordinadas, elaboraron un Plan de Trabajo para el año en el que planificaron y ejecutaron otras actividades relacionadas a la salud del distrito.

d₆) La Organización World Visión Australia, quien ha costeado programas sanitarios en África, Asia y el Pacífico, propuso la aplicación del modelo participativo, en el que el coordinador del proyecto en cooperación con los líderes comunitarios locales y la propia comunidad analizan en conjunto la situación de la propia comunidad, se discuten las necesidades futuras y se establecen planes concretos para alcanzar las metas, cuando conocen bien la organización y aprecian la necesidad de planificar y ejecutar. El proceso consiste en reunir datos y presentarlos en reuniones comunitarias para planificar, vigilar y evaluar los proyectos. Algunos de estos datos son: número de pozos, alfabetización, cobertura de alfabetización, necesidades de servicios de salud y prácticas agrícolas, luego se confeccionan mapas de la situación actual y la situación a la que aspira la colectividad. Tal es el caso de Papúa, Nueva Guinea, en el que para cada aldea existe un comité encargado de vigilar la marcha de las intervenciones y actualizar la información de base.

Nicolás (1992)

d₇) Alexandra, un municipio de 200 mil habitantes, a 15 km de Johannesburgo, el Centro de Salud pasó a ser de un dispensario a proporcionar atención primaria adoptando métodos de desarrollo comunitario. Los servicios comunitarios y de extensión desarrollaron las siguientes actividades: promoción de la participación de la comunidad, apoyo de la organización comunitaria, servicios de extensión, educación comunitaria e investigación (sistema de información sanitario y aquellas relacionados a los servicios comunitarios y de extensión). La comunidad y el centro de salud crearon estructuras

estables para la planificación conjunta e intercambiar información entre agentes de salud y líderes comunitarios, a fin de coordinar y controlar la ejecución del plan de acción convenido en una “Junta” cuyos miembros fueron elegidos por los residentes haciendo hincapié en las medidas adoptadas a nivel comunitario, gracias al uso de los recursos locales y la participación de toda la población, inclusive los discapacitados y en el reconocimiento de las organizaciones municipales. El éxito radicó en el proceso de aprendizaje permanente entre los agentes de salud y miembros de la población en general por la mejora de la **calidad de vida**. Ferninho, Ed. Al (1992)

d₈) En Valle de Antiborite, Haití, los gerentes del Hospital Albert Schweitzer, dados los diagnóstico de ingreso de sus usuarios, decidieron crear un “departamento de salud comunitaria”, para ampliar los servicios curativos y preventivos así como programas de promoción de la salud por medio de una red de dispensarios. Se eligieron dos (2) aldeas del dispensario, se aplicó una encuesta detalla para determinar los principales problemas de salud y medio ambientales, producción de alimentos, condiciones de vida así como factores religiosos y culturales relacionados con la salud. Luego se capacitó al personal del dispensario para su nueva labor, especialmente al trabajo en cooperación con la comunidad, se estableció un comité de desarrollo rural elegidos por la comunidad, se formaron promotores de salud voluntarios entre las madres de familia para fomentar la salud en la comunidad.

Resultados obtenidos: En menos de dos (2) años había reducido la morbi / mortalidad infantil en niños de 1 a 3 años. En el dispensario dejaron de verse casos de malnutrición de tercer grado y casos menos graves; aproximadamente el 90% de los niños completaron el esquema de inmunización. El comité y el personal de Salud Rural recaudaron contribuciones en efectivo y especies. Se extendió el programa a otros sectores, la

resistencia al cambio y la renuencia a participar se superaron mediante el diálogo sobre una base de igualdad. Nugruho (1993)

d₉). En Gambia, las mujeres de zonas rurales han padecido de deficiencias nutricionales, siendo éste un factor determinante de complicaciones durante el embarazo y el parto, mortalidad materna y neonatal, anemias gravídicas y niños con bajo peso al nacer, la cual aumenta durante la estación lluviosa. Es por esto que la Asociación Gambiana de Alimentos y Nutrición en conjunto con agrupaciones católicas de socorro, el Ministerio de Salud y la Enfermera del Centro de Salud, participaron en un ensayo de una estrategia comunitaria que consistía en la administración de **futu Kanya** (mijo, azúcar y pasta de cacahuete como suplemento dietético eligiendo cuatro aldeas. El proyecto comprendía:

- Adiestramiento de las mujeres integrantes de los comités locales para la preparación y distribución de futu Kanya.
- Educación nutricional a todos los hombres y mujeres de la comunidad.
- Supervisión regular por el personal del proyecto.

Al cabo de seis (6) meses (enero de 1994) se realizó la primera evaluación con metodología participativa en la que analizaron la implementación de las etapas y las dificultades, la cual sirvió como actividad formadora del personal.

Resultados: el proyecto se saldó con un éxito completo en cuanto a la participación de la comunidad en la producción y promoción de futu Kanya, mayor energía de las mujeres que en embarazos anteriores, así como partos más fáciles; los niños nacían grandes y fuertes y se mantenían sanos. Según declaraciones de la enfermera del centro de salud, los niños nacían generalmente de mayor tamaño que los nacidos en otras aldeas de la zona.

Luego de evaluar el proyecto la conclusión final fue que “los miembros de la comunidad deberán intervenir directamente en la planificación, ejecución y evaluación de la intervención comunitaria a fin de fomentar el sentimiento de propiedad y la sostenibilidad de la actividad”. Tal como ocurrió en Kafuta, una de las cuatro aldeas del proyecto. Sanyang, Et al, (1996).

d₁₀) En el Municipio de Simojovel, Chipas, México, se realizó la evaluación de un estudio comparativo, cuyo objetivo fundamental fue la identificación de factores derivados de la relación entre las poblaciones y el estado y por otro lado las condiciones socioeconómicas de los pobladores que favorecen u obstaculizan el desarrollo de la participación social en su proyecto de salud, realizado en las comunidades de Lázaro Cárdenas y Las Limas, midiendo el efecto que tiene un programa de salud con participación comunitaria. Los resultados orientan a asegurar que el programa de salud contribuye a mejorar las condiciones higiénico – sanitarias de la población, y a disminuir la frecuencia de padecimientos como la diarrea y parasitosis. Como conclusión se puede afirmar que la organización socrática de la comunidad y la auto gestión favorecen la participación social, mientras que la presencia del estado fomenta la dependencia y el paternalismo, obstaculizando la participación social amplia en acciones de salud. Molina R., (1992).

d₁₁) A fines del año 1993 en Cuba, se realizaron los diagnósticos de la situación de salud como el principal instrumento de trabajo del equipo de salud, correspondientes a 46 sectores atendidos por médico y enfermera de familia (correspondientes 61 consultorios) en conjunto con los líderes formales e informales de la población del área de salud del Policlínico Comunitario Docente 26 de Julio en La Habana utilizando el Método Hanlon. Posteriormente éstos líderes tomaron decisiones, mediante la determinación de

prioridades de dichos problemas y se confeccionaron los respectivos planes de acción. Para elaborar un buen plan de acción, es necesario definir las prioridades de salud con la participación de la comunidad, por lo que el Método Hanlon resultó ser efectivo.

e). Experiencias Nacionales

En Panamá se han desarrollado diversos planes y programas que fomentan la participación comunitaria en los procesos administrativos de salud del Ministerio de Salud, como la implementación de un modelo de atención comunitaria “Salud Integral y Vida Completa” cuyo creador fue el Doctor José Renán Esquivel en 1974, la creación de los Comités de Salud de las comunidades en los centros de salud mediante decreto 401 de 29 de diciembre de 1970, con el objetivo de coordinar e integrar su labor con las del Ministerio de Salud. Creación de las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales (JAAR) en 1994 como un proyecto de salud rural los cuales serían los organismos responsables de la administración operación y mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua potable rurales y la creación del Patronato del Hospital del Niño

La creación del modelo de atención Familiar, Comunitario y Ambiental en 1997 como plan piloto para la Región de Salud de San Miguelito el cual contempla el distrito de San Miguelito, Alcalde Díaz y Chilibre en el que se incluían todas las instalaciones de salud del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social y por el cual se crearon las Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS), además del Hospital San Miguel Arcángel en 1998 como instalación de segundo nivel de atención para los habitantes de esta región (497,000 hab.) financiado en forma conjunta entre el MINSA con la CSS. Además se contó con la creación del Patronato del HISMA integrado por representantes de los gremios profesionales y de organizaciones civiles de esta región como administrador de los fondos provenientes de CONSALUD.

De igual en forma otras instalaciones hospitalarias han creado la figura del patronato como el Hospital Santo Tomás, Hospital del Niño, Instituto Oncológico Nacional, Hospital Marcos Robles.

Por otra parte, la Caja de Seguro Social: ésta es una institución que su organismo máximo de toma de decisiones está conformado por una Junta Directiva donde participan representantes de instituciones gubernamentales, sindicales y gremiales. Con la administración del Profesor Juan Jované, se consideró implementar la participación social en salud en tres aspectos fundamentales:

- Auto cuidado de la salud (a nivel individual, familiar y comunitario).
- Ejecución de actividades de promoción y prevención de la salud (organización de grupos).
- Gestión de los servicios de salud (planificación, ejecución y evaluación).

Es por esto que se conformaron los Consejos Comunitarios a nivel nacional, concebidos como: “grupos de personas escogidas por sus respectivas organizaciones locales, con el objeto de participar en la planificación, programación, evaluación y atención de estrategias operativas, tendientes a coadyuvar en el mejoramiento de los servicios de salud para los asegurados y beneficiarios en cada una de las instalaciones de la CSS” CEBALLOS, (2004) lográndose organizar una veintena de consejos comunitarios a nivel nacional. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados luego de la salida del Director Jované de la institución, han venido pasando por diversas situaciones hasta la abolición de la mayoría de ellos.

La creación de las Comisiones de Auditoria Social del PAISS Rural en el que los miembros de las comunidades beneficiadas de estos programas participan en el proceso

de valoración de la entrega de los servicios de salud que brinda el equipo de salud contratado para tal fin.

Gracias a las gestiones de la Dra. Aida Libia de Rivera como Ministra de Salud, durante su administración se conformó 3 JAAR, y 13 comités de salud sectorial. Posteriormente se realizaron esfuerzos y se logro el acto protocolar por el cual se elegía ese corregimiento como “Corregimiento Sano”, para el cual se requería la firma de acuerdos entre autoridades locales, la comunidad organizada y la empresa privada, al igual que otros Centros de Salud como proyecto piloto el cual en la actualidad no funciona.

f) Marco Jurídico Internacional para el fomento de la Participación Comunitaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) durante la reunión de Alma Ata, Rusia en 1978 decidió respaldar la Atención Primaria de la Salud como estrategia de desarrollo comunitario del cual se generó una declaración. Subraya la participación y auto suficiencia de la comunidad como pasos críticos en los que participan individuos, familias y comunidades que asuman una mayor responsabilidad por el mejoramiento de la propia salud. Representa un importante cambio de actitud de los sistemas tradicionales de servicios de atención de salud, lo que implica que los modos de vida más sanos pueden contribuir a reducir la demanda de atención primaria y secundaria de salud, permitiendo reducción de los gastos y hacer un uso más eficaz de los recursos disponibles. Declaración de Alma -Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

De la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud en Ottawa, Canadá en 1986 se publicó la Carta de Ottawa en la que se acordó implementar la promoción de la salud refiriéndose al “proceso de habilitar a las personas para que controlen mas su salud y la mejoren” incluyendo las condiciones ambientales.

Es por esto que la responsabilidad por la salud corresponde a todos por igual, a los esfuerzos combinados de los individuos, los sistemas y las organizaciones que influyen en las condiciones ambientales. En varias conferencias y reuniones internacionales subsiguientes se ha hecho referencia a la importancia y significado de una política pública sana, propone crear ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable (Anataide, Australia, 1988) y un ambiente favorable a la salud (Sundsvall, Suecia, 1991).

Cinco estrategias indispensables son:

- a. Elaboración de políticas públicas favorables a la salud.
- b. Creación de entornos propicios
- c. Reforzamiento de la acción comunitaria
- d. Desarrollo de aptitudes personales
- e. Reorientación de los servicios sanitarios

La Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud organizada en Jakarta (1997), fue la primera efectuada en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en apoyo a la promoción de la salud, donde se consideraron los factores determinantes de la salud, la promoción eficaz de la salud y estrategias necesarias para resolver las dificultades de la promoción en el siglo 21.

La Quinta Conferencia en México, 2000: los países miembros de la OMS signaron la: “Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud: **“de las ideas a la**

acción” en la que se comprometieron entre otros a establecer o afianzar las redes nacionales de promoción de la salud.

g). Marco Jurídico Nacional

Decreto de Gabinete No. 401 del 29 de diciembre de 1970 por el cual se constituyen los comités de salud de las comunidades, se definen sus objetivos y se coordinan e integran su labor con las del Ministerio de Salud.

Decreto Ejecutivo N°. 389 del 9 de septiembre de 1997 por el cual se Reglamenta el Decreto de Gabinete N°. 401 del 29 de diciembre de 1970.

Decreto Ejecutivo N°.40 de 18 de abril de 1994 por el cual se crean las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales como organismos responsables de la administración, operación y mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua potable rurales.

Lineamientos Políticos y Estratégicos 1999 – 2004 Documento generado por la Dirección de Servicios y Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social como una guía para la acción en los procesos de planificación, organización y provisión de la atención para el cual se elaboraron cinco (5) áreas programáticas:

Promoción, Prevención y Participación Social; Salud Comunitaria y Familiar; Seguridad, Salud de los Trabajadores y del Ambiente; Gestión, Capacitación e Investigación en Salud; Recuperación y Rehabilitación

En cuanto al área de Promoción, Prevención y Participación Social se planteaba uno de los objetivos centrales a saber: a) “Democratizar el sistema de salud de la seguridad

social con base a la participación, colaboración, cogestión y autogestión de los asegurados en la planeación, ejecución y evaluación de los servicios de salud” DNSYPM (2000), siendo la primera Estrategia para la Acción la consideración prioritaria de los grupos, estén o no organizados, vinculados a la Seguridad Social para que participen en forma real y efectiva en los procesos de gestión y operación en salud a nivel institucional, así como su convocatoria para la conformación de los consejos comunitarios.

Políticas y Estrategias de Salud Ministerio de Salud 2000 – 2004.

Son varias las políticas que en este período están relacionadas con nuestro tema a saber:

Lineamientos para la Reorganización de la Red Pública de los servicios de Salud
MINSA - CSS Agosto, 2002.

Lineamientos Estratégicos 2006 – 2007: Área Estratégica de Promoción, Prevención y Participación Social,”.... realizando procesos para que la salud se asuma como una responsabilidad de todos, tanto a nivel individual como colectivo.”

3. GERENCIA Y GESTIÓN LOCAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

a). Gerencia en la Gestión de las Instalaciones Atención Primaria de Salud:

La gestión local es entendida como el logro de hacer que las personas trabajen juntas y en armonía y que hagan uso eficiente de los recursos con el fin de lograr objetivos. (McMahon, 1997).

a₁). El trabajo en equipo es básico para la gestión sanitaria local quienes deberán entender y comunicarse con la comunidad. Su finalidad debe ser ayudar a las comunidades a mejorar y /o conservar su salud mediante la estrategia de la APS, los cuales deberán alentar, estimular y apoyar la participación comunitaria con los recursos y esfuerzos propios para satisfacer sus necesidades de salud. Su rol es el de dirigir a la comunidad hacia el reconocimiento de sus problemas de salud para luego priorizarlos. Además el conocimiento y capacitación del equipo es de vital importancia para servir de facilitador para preparar un plan de acción. Sin embargo a continuación mencionaremos algunos aspectos

a₂). Los equipos de salud deberán conocer los objetivos de la organización para evitar pérdida de esfuerzo, alienta a los trabajadores a desempeñar sus tareas, a revisar y analizar sus actividades habituales y así el gerente local se asegurará que todas las personas están de acuerdo y se sienten motivadas a alcanzarlos. Otros actores que deben ser consultados son:

- personas de la comunidad: ayudándoles a identificar sus problemas

- usuarios o pacientes: para ganarse su cooperación y
- autoridades del nivel central o nacional

a₃). El gerente es responsable del trabajo que realiza el equipo por lo que deberá asegurarse que el mismo cuente con los equipos, insumos y recursos para el desempeño óptimo. A su vez, el equipo de salud es responsable de las actividades y tareas particulares de sus puestos. Todo esto conlleva a delegar autoridad y responsabilidad que no es más que “darle a otra persona el poder para tomar decisiones”. Adjudicar a la autoridad para que se realice el trabajo del que son responsables.

a₄). Elegir el tipo de supervisión a ejercer el cual depende de la clase de trabajo que debe hacerse y a la clase de personas que se supervisan, el mismo variará conforme a las circunstancias (democrático, autocrático o anárquico).

a₅). La distribución de las actividades o tareas entre los integrantes del equipo debe realizarse de manera tal que se aprovechen las habilidades y destrezas individuales, para lo que serán de gran utilidad: la descripción de puestos de trabajo, las normas de trabajo, de desempeño y de productividad. En este punto es de gran importancia la coordinación de actividades para evitar duplicidades, basados en estrategias de comunicación que permitan la libertad de expresión entre los trabajadores y el gerente local a fin de mantener buenas relaciones.

a₆). La capacitación es una herramienta de gestión para el gerente, de tal forma que asegure que cada trabajador (a) conoce y puede desempeñar su papel con el fin de alcanzar las metas como individuo y como parte del sistema, el cual debe estar estrechamente relacionado con el trabajo en el campo produciendo en el trabajador satisfacción de sus conocimientos y habilidades, así como por los logros en su trabajo.

a₇). Las medidas de control y evaluación son de gran utilidad para el gerente local ya que aseguran que el trabajo esté y se haga según los objetivos fijados, dentro del tiempo y recursos provistos, permite identificar deficiencias así como recompensar y reconocer el trabajo.

a₈). La resolución de problemas y conflictos cobran gran importancia puesto que tratamos con seres humanos con necesidades y problemas individuales que pueden interferir con el trabajo por lo cual deben ser escuchados y de ser posibles intervenir en su resolución. De igual forma podrá prevenir disputas realizando reuniones frecuentes, permitir la expresión de opiniones, impartiendo instrucciones claras, distribuyendo las tareas de forma equitativa, comportarse con ecuanimidad y justicia y nunca criticarlos en público. En caso de presentarse disputas deben terminarse rápidamente, entrevistas por separado, descubrir la causa real y su opinión de cómo resolverlo para así persuadirlos para reconocer la divergencia de opiniones; luego mediar para lograr la reconciliación de los involucrados.

b). Pasos para una gestión local de excelencia

b₁). Planificación de las actividades sanitarias

Debe iniciarse con la observación de la situación recolectando la información recogida de diversas fuentes (registros, encuestas), tabularla y analizarla tomando en cuenta los servicios y recursos existentes. Deberán identificarse los problemas y necesidades, enlistarlos y priorizarlos, establecer objetivos (medibles, específicos, alcanzables), examinar los obstáculos como: personas no interesadas en colaborar o con otras necesidades, disponibilidad de equipos y de tiempo y programar las actividades; características ambientales y climatológicas, dificultades técnicas y la cultura de los habitantes. En base a lo anterior se programan las actividades.

b₂). Ejecución de las actividades de salud

Se refiere a las actividades, movilización de personal, asignación de recursos (físicos y financieros) y al sistema de información sobre la calidad y cantidad de información, las fuentes y el procesamiento en sí de ésta. Es necesario coordinar el trabajo del equipo de salud y sus actividades. Además es de gran utilidad un calendario con el contenido del programa, los procedimientos (técnicos y administrativos), las personas responsables de cada tarea, metas de tiempo por seguir y el presupuesto con que se cuenta. Se reprograman las actividades según sea necesario y se comunican las decisiones inherentes al trabajo para lo que se tendrá un control en base a los logros obtenidos.

b₃). Evaluación de las actividades.

Depende de la valoración realizada previamente sin embargo debemos acotar que se realiza en base a la eficacia (logro de resultados), al desempeño, a la eficiencia (con menos costos). Esto requiere que la información esté disponible de forma continua durante todo el período de ejecución del plan por lo que debe haber un responsable que recoja y procese. El análisis debe hacerse antes de preparar el informe final o anual para proponer medidas correctivas. Los resultados deben ser comparados con las metas para luego juzgar

c). Modelos de gerencia local con participación comunitaria.

c₁). El enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención a aquellos que más

la requieran, es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

c₂). Planificación local participativa

Es un método de trabajo que facilita el desarrollo de los equipos de trabajo y de las comunidades ya que, la población que vive los problemas participa en el diagnóstico de su situación, y en la definición de las soluciones facilitando en este transcurso, un proceso de aprendizaje: sobre sí misma, otros actores, medio ambiente, formas de intervención. La efectividad de las acciones requiere de respuestas sistemáticas y coordinadas de los servicios de salud y comunidad que las protagoniza obteniéndose de esta manera mayores grados de satisfacción de la población, de las personas y servicios que allí trabajan entre los que se cuentan los equipos de salud. A través de ella se pueden impulsar procesos de mejoramiento de la salud y de desarrollo local que responden mejor a las expectativas, y potencialidades de la población. Incorpora dos conceptos que están presentes en las estrategias de Atención Primaria en Salud y Promoción de la Salud: **Participación comunitaria**: trabajo conjunto con la gente afectada por los problemas, es decir, por las personas que concurren a los establecimientos de salud para obtener atención, e **Intersectorialidad**: trabajo conjunto y bien coordinado con los diferentes sectores de servicios que actúan en la localidad (Ej. salud, educación, economía, etc.).

c₃). Planificación estratégica

“Constituye un proceso continuo mediante el cual se establecen prioridades, se jerarquizan objetivos, se potencian recursos y se utilizan equitativamente, se predicen

resultados, se elaboran opciones y se construye viabilidad a las propuestas” ESCALA (1997).

El ámbito de la planificación está constituido de todos los niveles de gestión social desde el más pequeño sencillo espacio geográfico poblacional hasta el sistema nacional de salud. El momento integrador (la conducción) que orienta el proceso de planificación y gestión en su contexto lo constituyen elementos esenciales como: la negociación, la concertación, el control del proceso, la evaluación periódica y la realimentación de la motivación y de la articulación. El momento de la definición o caracterización del problema (análisis estratégico) requiere el análisis de la postergación social, el estudio de la red de servicios y el análisis de los problemas de salud. El momento de la programación operativa comprende la planeación de las actividades, su ejecución y su control.

4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H I₁: Para el 50% y menos del personal de salud de primer nivel de atención tienen buenos conocimientos, actitudes y prácticas que favorecen la participación comunitaria

H I₂: Para el 50% y menos del personal de salud del primer nivel de atención tienen un buen clima organizacional que favorece la participación comunitaria.

H I₃: Para el 50% y menos del personal de salud del primer nivel de atención tienen una buena la cultura organizacional que favorece la participación comunitaria

HI₄. El 50% y más del personal de salud del primer nivel de atención no tienen un buen grado participativo que favorezca la participación comunitaria.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar factores que influyen en la participación comunitaria en las instalaciones de salud del primer nivel de atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar si los conocimientos, actitudes y prácticas influyen en la participación comunitaria en el primer nivel de atención.

- b). Determinar si el clima organizacional influye positiva o negativamente en la participación comunitaria según el personal de salud del primer nivel de atención.

- c). Determinar si la cultura organizacional influye positiva o negativamente en la participación comunitaria según el personal del primer nivel de atención.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

1. Área de Estudio

El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social están organizadas por regiones de salud, cada una con una red pública de servicios de salud, entre las cuales está la Región Metropolitana de Salud .que en el primer nivel de atención el MINSA cuenta con 19 Centros de Salud y la Caja de Seguro Social con 5 instalaciones, cuatro CAPPS .(Centros de Atención, Promoción y Prevención en Salud) y una ULAPS (Unidad Local de Atención Primaria de Salud), ubicadas en los corregimientos de Pedregal, Mañanitas, 24 de Diciembre y en Juan Díaz, una CAPPS y una ULAPS; por lo cual se seleccionarán los centros de salud de estos mismos corregimientos, excepto Juan Díaz ya que la instalación allí ubicada es del segundo nivel de atención, escogiéndose el Centro de Salud de Tocumen, por contar con características socio económicas y demográficas similares.

✓ **CAPPS Plaza Tocumen:** ubicada en Vía Tocumen, Corregimiento de Juan Diaz, inició labores el día 19 de junio de 2001. La población de responsabilidad sanitaria estimada fue de 18,813 personas entre asegurados y beneficiarios y una demanda mensual promedio de 1,670 consultas. Cuenta con 26 funcionarios en general de los cuales diez (10) son miembros de los cinco equipos básicos para 4 zonas sanitarias establecidas por el equipo de esta instalación de salud ya que aún no se ha podido realizar la coordinación con el Ministerio de Salud A sus inicios se realizó un diagnóstico de la situación de salud en la Urbanización Plaza Tocumen, Villa Don Bosco y Don Bosco.

✓ **Centro de Salud de Mañanitas:** está ubicado en la calle principal de este Corregimiento; con 18 funcionarios responsables de la organización y participación comunitaria y tres equipos de salud integrados por diferentes grupos humanos de diversos departamentos para atender tres sectores geográficos poblacional de los cuales el Educador para la Salud, el Trabajador Social, el Inspector de Saneamiento, Laboratorista, Farmaceuta, Veterinario y la Nutricionista deben apoyar a todos los equipos de salud e integrar el equipo conductor

✓ **CAPPS Los Nogales:** ubicada en el Corregimiento de Mañanitas con una población estimada de 44,767 en la Vía hacia Mañanitas, entrada de la Urbanización Los Nogales. Con una población total estimada al 1º de julio de 2005 en 44,767 personas, pero la población de responsabilidad sanitaria se estima en de 31,528 de los cuales 11,424 son cotizantes activos, 2,563 son jubilados y los beneficiarios totalizan 17,541. Cuenta con 26 funcionarios en general de los cuales 14 son miembros de los cinco equipos básicos para tres zonas sanitarias.

✓ **Centro de Salud de Pedregal:** ubicado en la vía principal del corregimiento, inició la prestación sanitaria en la Casa Comunal. Posteriormente se construyeron nuevas instalaciones donde funcionan en la actualidad, gracias a la lucha pro construcción del mismo por los Comités de Salud de diversas comunidades. El Comité de Salud de Pedregal fue legalizado mediante resuelto N° 898 del 24 de abril de 1972; este centro cuenta con 39 funcionarios responsables de la organización y participación comunitaria para 5 equipos incluyendo el educador para la salud, inspector de saneamiento, trabajador social, nutricionista y control de vectores que deberán apoyar a todos los equipos de salud.

- ✓ **CAPPS de Pedregal:** ubicado en el Corregimiento de Pedregal en la vía principal.

Con una población de responsabilidad sanitaria estimada al 1° de Julio de 2005 de 35,701 personas entre asegurados y beneficiarios según datos proporcionados por la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas de la CSS,. Cuenta con 23 funcionarios en general de los cuales nueve (9) son miembros de los tres (3) equipos básicos para cinco (5) zonas sanitarias.

- ✓ **Centro de Salud 24 de Diciembre:** ubicado en la carretera hacia Cerro Azul, cuenta con 21 funcionarios responsables de la organización y participación comunitaria que conforman cuatro equipos de salud para cuatro sectores, conformado por un miembro de cada departamento a excepción del Educador para la Salud y Trabajo Social que deben apoyar los cuatro equipos.

- ✓ **CAPPS 24 de Diciembre:** ubicados a un la carretera hacia Cerro Azul en el nuevo Corregimiento de 24 de Diciembre según la Ley 51 del 8 de febrero de 2002 e inició el día 26 de mayo de 2003, al 1° de Julio de 2005 cuenta con una población de responsabilidad sanitaria estimada de 53,327 de los cuales 37,557 personas son derecho habientes según datos proporcionados por la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas de la CSS, con una demanda mensual promedio de 2,117. Cuenta con 27 funcionarios en general de los cuales doce (12) son miembros de los tres (3) equipos básicos para tres (3) zonas sanitarias.

Cada CAPPS cuenta con equipos básicos de salud, a cargo de un área geográfica previamente dividida y definida, las cuales deberán estar conformadas por un médico, una enfermera y una Técnica en Enfermería o Asistente de Clínica. La principal función de

cada equipo de salud es brindar una atención en forma integral a la persona y la comunidad. Recientemente abrió sus puertas la ULAPS del Hipódromo que no se incluirá en este estudio por no tener 1 año de servicio a la comunidad.

2. Tipo de Estudio: Descriptivo-retrospectivo-transversal.

3. Población: Conformada por aquellos funcionarios miembros de los equipos de trabajo o de salud (según determinación y denominación de cada institución). En el caso de la CSS serán: coordinadores médicos, planificadores, médicos generales, enfermeras, técnicos en enfermería y asistentes de clínica. En el caso del MINSA: directores médicos, enfermeras, odontólogos, médicos generales, inspectores de saneamiento ambiental, inspectores de control de vectores, trabajadores sociales, educadores para la salud y promotores de salud que totalizaron **104 (45 por la CSS y 59 por el MINSA)** personas a partir del cual se seleccionó la muestra.

a). Muestra: Se utilizó la muestra del 100% de los funcionarios que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Estuvo constituida por 87 de los 91 funcionarios (40 de la CSS y 51 del MINSA) población objeto. La estimación de la muestra se calculó en base a la siguiente fórmula para variables finitas y cualitativas:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

Donde:

n es tamaño de la muestra

Z Grado de confianza 95%. **Valor 1.96**

N es la población. **Valor: 45**

p proporción de funcionarios responsables del fomento de la participación comunitaria en la gestión sanitaria que se estima realicen efectivamente la actividad con probabilidad de éxito. **Valor 0.5**

q proporción de funcionarios responsables del fomento de la participación comunitaria en la gestión sanitaria que se estima no participen efectivamente **Valor 0.5**

d precisión de la estimación del error. **Valor: 0.05**

Resultado del cálculo de la muestra para instalaciones de la Caja de seguro Social es:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2 (N-1) + Z^2pq}$$

$$n = \frac{45(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{0.05^2 (45-1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)} = \frac{45(3.84) \{ (0.5)(0.5) \}}{.0025 (44) + 3.84 (0.25)}$$

$$n = \frac{172.8 (0.25)}{.11 + .96} = \frac{43.2}{1.07} = 40.37 \quad n \approx 40$$

Resultado del cálculo de la muestra para instalaciones del Ministerio de Salud es:

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2 (N-1) + Z^2pq}$$

$$n = \frac{59(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{0.05^2 (59-1) + 1.96^2 (0.5)(0.5)} = \frac{59(3.84) \{ (0.5)(0.5) \}}{.0025 (58) + 3.84 (0.25)}$$

$$n = \frac{226.56 (0.25)}{.15 + .96} = \frac{56.64}{1.11} = 51.02 \quad n \approx 51$$

4. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Ser funcionarios encargados de las direcciones médicas o gerencias,
- Ser funcionario con asignaciones de planificadores, miembros de los equipos básicos de salud (médicos, enfermeras, técnicos en enfermería o asistentes de clínicas para la CSS), y en caso de MINSA además de lo anterior cualquier otro funcionario responsable de una zona sanitaria o responsable de la organización comunitaria incluyendo Educador para la salud y Trabajadora Social.
- Tener como mínimo un año de estar laborando en la instalación de salud encuestada (ULAPS, CAPPS y Centros de Salud) al 31 de septiembre de 2006.
- Que se encuentren laborando durante el período de aplicación del instrumento.

Se excluirán aquellas personas que:

- No estén laborando en el término de tiempo de aplicación del instrumento (acogidos a vacaciones, licencias o similares).
- Quienes no tengan un mínimo de un año laborando en la instalación de salud encuestada.
- No sean miembros de los equipos básicos de salud pre establecidos por la gerencia local.
- Sean funcionarios del nivel regional o central al momento de aplicar el instrumento.
- No sean funcionarios permanentes de la institución
- Estén jubilados y estén prestando servicios profesionales.

- No sean discapacitados físicos o mentales comprobados por medios científicos.

5. Aspectos éticos del estudio: antes y durante la aplicación de las técnicas e instrumentos se insistió sobre la importancia del anonimato a cada uno de los participantes y sus respuestas en ésta. En el instrumento **No** se les solicitó ni nombres ni grupo ocupacional al que pertenecían.

6. IDENTIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE VARIABLES:

a). VARIABLE PRINCIPAL: PARTICIPACION COMUNITARIA

Definición conceptual: Es la integración de los miembros de la comunidad en actividades de toma de decisiones planificación, ejecución y evaluación de proyectos, programas y actividades en instituciones de salud como parte de la gestión sanitaria.

Definición Operacional: Es la suma del puntaje obtenido en cada encuesta aplicada y que en su conjunto caracteriza la participación de la comunidad. (Individual o colectiva).

Escala de medición: Ordinal

Codificación:

B: Bueno de 300 a 201 puntos obtenidos

R: Regular de 200 a 101 puntos obtenidos

D: Deficiente de 100 y menos puntos obtenidos

b). VARIABLES SECUNDARIAS:

b₁). VARIABLE CAP:

Definición Conceptual: es el conjunto de ideas adquiridas mediante un proceso formal o informal, que lleven a la disponibilidad ante el estímulo individual o colectivo, y que lo aplique mediante un conjunto de acciones o respuestas.

Definición Operacional: Se establece como la suma de las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas obtenidas del instrumento de evaluación.

A continuación el detalle de las sub variables vinculadas a las Variables CAP en estudio:

b_{1.1}). Conocimientos generales

Definición conceptual: Acción y efecto de conocer, entendimiento, cualidades y relaciones de las cosas.

Definición operativa: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas de conocimientos generales sobre atención primaria de salud, participación comunitaria, programación local en la sección de conocimientos, actitudes y prácticas obtenidas del instrumento de evaluación

Escala de medición: Ordinal

Codificación:

Favorable	de 40 a 28 puntos obtenidos
Poco Favorable	de 27 a 15 puntos obtenidos
Desfavorable	de 14 y menos puntos obtenidos

b_{1.2}). Actitudes en participación comunitaria

Definición conceptual: Predisposiciones aprendidas para responder de manera favorable o adversa una situación ante una persona u objeto determinado.

Definición operacional: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente al interés y disponibilidad personal de trabajar fuera de horario laboral ordinario conjuntamente con la comunidad e incluirla en los proyectos locales contenidos en la sección de conocimientos, actitudes y prácticas obtenidas del instrumento de evaluación

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Favorable	de 30 a 21 puntos obtenidos
	Poco Favorable	de 20 a 11 puntos obtenidos
	Desfavorable	de 10 y menos puntos obtenidos

b_{1.3}). Practicas en participación comunitaria

Definición conceptual: Ejercicio de cualquier arte o facultad, conforme a sus reglas, uso cotidiano. Ejecución de una acción aprendida.

Definición operativa: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas sobre prácticas ejercidas por los funcionarios acerca de la planificación, ejecución, evaluación de su desempeño ordinario conjuntamente con miembros de las comunidades contenidas en la sección de conocimientos, actitudes y prácticas obtenidas del instrumento de evaluación.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Favorable	de 30 a 21 puntos obtenidos
	Poco Favorable	de 20 a 11 puntos obtenidos
	Desfavorable	de 10 y menos puntos obtenidos

b₂) Clima organizacional

Definición Conceptual: son las percepciones compartidas por un grupo de individuos acerca de su entorno o ambiente laboral en general.

Definición Operacional: Se establece como las respuestas de los funcionarios obtenidas en el instrumento de evaluación referente a las preguntas de las sub variables: responsabilidad, satisfacción, estándares y liderazgo.

b_{2.1}). Responsabilidad:

Definición Conceptual: Es la percepción de parte de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones, sentimiento de ser su propio jefe, y supervisión general, no estrecha en su trabajo

Definición Operativa: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas sobre autonomía, información compartida por los jefes, se les permiten iniciativas propias, supervisión general, contenidas en la sección de clima organizacional obtenidas del instrumento de evaluación.

Escala de medición: ordinal

Codificación:	Br	Favorable	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Rr	Poco favorable	de 17 a 10 puntos obtenidos
	Dr	Desfavorable	de 9 y menos puntos obtenidos

b_{2.2}). Satisfacción

Definición Conceptual: el conjunto de sentimientos y emociones favorables o desfavorables con el cual los empleados consideran frente a las diversas facetas de su trabajo. Reto al trabajo, sistema de recompensas justo, condiciones favorables de trabajo, apoyo.

Definición Operacional: Se establece como las respuestas o manifestaciones que realicen los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas sobre sentimientos o sensaciones de agrado o desagrado relacionado al sistema de recompensas, condiciones laborales, satisfacción personal, habilidades profesionales y apoyo mutuo en su desempeño laboral en la sección de clima organizacional obtenidas del instrumento de evaluación.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Bs	Favorable	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Rs	Poco favorable	de 17 a 10 puntos obtenidos
	Ds	Desfavorable	de 9 y menos puntos obtenidos

b_{2.3}). Estándares:

Definición conceptual: Esta dimensión habla de cómo los miembros de una organización perciben los estándares que se han fijado para la productividad de la organización.

Definición Operacional: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas relacionadas a su percepción acerca del énfasis que pone la organización sobre descripción de puestos, normas de rendimiento, normas de productividad, plan operativo consensuado, solamente en la sección de clima organizacional obtenidas del instrumento de evaluación.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Be	Favorable	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Re	Poco favorable	de 17 a 10 puntos obtenidos
	De	Desfavorable	de 9 y menos puntos obtenidos

b_{2.4}). Liderazgo

Definición Conceptual: Jefe o dirigente designado en forma oficial que conduce las actividades gerenciales y que imparte las instrucciones necesarias, así como la forma de ser acatadas y aceptadas de forma voluntaria por los funcionarios de ambas instituciones estatales.

Definición Operacional: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente a las preguntas sobre liderazgo de la sección de

clima organizacional relacionadas a la forma en que el gerente institucional local imparte la guía e impulsa el desempeño, existencia de amiguismos, distribución de la carga laboral, solución de problemas colectivamente, así como la forma como los colaboradores las acatan y hacen cumplir.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	BI	Favorable	de 25 a 18 puntos obtenidos
	RI	Poco favorable	de 17 a 10 puntos obtenidos
	DI	Desfavorable	de 9 y menos puntos obtenidos

b₃). Cultura organizacional

Definición Conceptual: es un conjunto de paradigmas, que se forman a lo largo de la vida de la organización como resultado de las interacciones entre sus miembros, con las estructuras, estrategias, sistemas, procesos, y de la organización con su entorno, a partir de las cuales se conforma un conjunto de referencias, que serán válidas en la medida que garanticen la eficiencia, la eficacia y la efectividad de la organización.

Definición Operacional: Se establece como totalidad de la puntuación obtenida en las respuestas obtenidas en el instrumento de evaluación de los funcionarios referente a las preguntas de las sub variables que la conforman: valores, ritos, manifestaciones estructurales y manifestaciones materiales.

Sub variables de la Cultura Organizacional

b_{3.1}). Valores

Definición Conceptual: Son los principios o pautas de conducta que orientan la actuación de los individuos tanto en la sociedad como en el trabajo.

Definición Operacional: Se establece como las respuestas de los funcionarios obtenidas en el instrumento de evaluación referente al compromiso institucional de las autoridades

locales, amplio conocimiento de las políticas de salud vigentes, valores institucionales considerados como pilares del desempeño laboral, programación operativa basada en la misión y visión, así como cumplimiento del reglamento interno.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Bv	Bueno	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Rv	Regular	de 17 a 10 puntos obtenidos
	Dv	Deficiente	de 9 y menos puntos obtenidos

b_{3.2}). Ritos

Definición Conceptual: Son actos simbólicos que se hacen para conseguir y mantener la identidad dentro de la organización.

Definición Operacional: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados siendo la muestra referente al reconocimiento del esfuerzo, reuniones generales periódicas para discutir y compartir logros así como los errores, monitoreo del plan operativo local para medir cumplimiento y supervisión capacitante.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Brt	Bueno	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Rrt	Regular	de 17 a 10 puntos obtenidos
	Drt	Deficiente	de 9 y menos puntos obtenidos

b_{3.3}) Manifestaciones Estructurales

Definición Conceptual: Son aquellas con las que de una manera directa pretende asegurarse el cumplimiento de los objetivos organizacionales

Definición Operativa: Se establece como las respuestas de los funcionarios seleccionados obtenidas del instrumento de evaluación relacionadas a metas ampliamente

conocidas, existencia de programas de inducción, manuales y guías sobre participación comunitaria, sistema de monitoreo y evaluación para corregir errores.

Escala de medición: Ordinal

Codificación:	Bme Favorable	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Rme Poco favorable	de 17 a 10 puntos obtenidos
	Dme Desfavorable	de 9 y menos puntos obtenidos

b_{3.4}). Manifestaciones Materiales

Definición Conceptual: Son todos los recursos físicos que desarrolla la organización, con los cuales se apoya para llevar a cabo sus diferentes actividades y que los conserva lo mejor posible.

Definición Operativa: Se establece como las respuestas de los funcionarios obtenidas del instrumento de evaluación en relación a la existencia de: área para reuniones, transporte, materiales herramientas tecnológicas y reconocimiento económico por trabajos fuera de horas laborales proveídos por la institución.

Escala de medición: ordinal

Codificación:	Bmm Favorable	de 25 a 18 puntos obtenidos
	Rmm Poco favorable	de 17 a 10 puntos obtenidos
	Dmm Desfavorable	de 9 y menos puntos obtenidos

c. Variables Condicionantes:

c₁). Edad

Definición Conceptual: Tiempo que una persona ha vivido a partir de su nacimiento.

Definición Operacional: Edad en años cumplidos al momento de responder el instrumento.

Escala de medición a intervalos**Codificación:**

E01	20-29	E02	30-39	E03	40-49
E04	50-59	E05	60 y +		

c₂). Sexo

Definición Conceptual: Condición orgánica que distinga al macho de la hembra.

Definición operacional: Se identificará el sexo de cada persona que participe en como parte de la muestra al momento de responder el instrumento de evaluación.

Escala de medición: nominal.

Codificación: masculino-S01 y femenino –S02

c₃). Estado civil

Definición Conceptual: Perteneciente a las relaciones e intereses privados en orden al estado de las personas, régimen de la familia, condición de los bienes y los contratos.

Definición Operativa: Condición de la relación política de pareja existente al momento de responder la encuesta.

Escala de medición: nominal.

Codificación:	Ec 1	Soltero (a)
	Ec 2	Casado (a)
	Ec 3	Viudo (a)
	Ec 4	Divorciado (a) / Separado (a)
	Ec 5	Unido (a)

c₄). Escolaridad

Definición conceptual: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operativa: Se identificará como el último grado o año de estudio aprobado por la persona encuestada al momento de responder el instrumento de evaluación.

Escala de medición: nominal

Codificación:

Sc	Secundaria
Tc	Técnica
Uc	Universitaria completa
Pgc	Post Grado
Ma	Maestría

c₅). Tiempo de laborar en la instalación de salud actual:

Definición conceptual: Período de tiempo transcurrido desde el primer momento en que el funcionario inició labores en la actual instalación de primer nivel de atención.

Definición operativa: Se identificará como el tiempo que ha brindado sus servicios como prestador de servicio quien forma parte de la muestra en la unidad ejecutora donde se encuentre laborando al momento de responder el instrumento de evaluación.

Escala de medición: *intervalo*.

Codificación:

1 -5 años	11-15 años	21 años y más.
6-10 años	16-20años	

7. Método de Recolección: Para la recolección de los datos se cumplió con los siguientes:

- a). Tramitación formal de la autorización por parte de las autoridades institucionales.
- b). Visita formal a las unidades ejecutoras seleccionadas.
- c). Entrevista informativa en primera instancia con la gerencia local y luego con los funcionarios para obtener su aprobación como parte de la muestra antes de ser llenado el instrumento.
- d). Se hizo énfasis en el anonimato del participante, al responder a la encuesta, acerca, de la importancia de emitir opiniones en base a sus propias experiencias laborales y opiniones objetivas.
- e). Los instrumentos se entregaron y recogieron personalmente y se tabuló a medida que se recibieron. En algunas instalaciones de salud tuvimos que dejar los instrumentos para recogerlos posteriormente, lo cual nos dilató el período de recolección.
- f). Para entregar y recibir los instrumentos de evaluación se realizó en horario institucional previamente acordado con los participantes, se entregaron sin ningún orden pre establecido y se guardaron en un sobre manila sin rótulo alguno.

8 Validación del instrumento

La validación del instrumento se realizó en la ULAPS de San Cristóbal con seis personas médicos y de enfermería, quienes cumplían con los criterios de inclusión y exclusión y que se mostraron anuentes a colaborar. Luego de la misma nos recomendaron reducir la extensión del instrumento quedando así: En la I parte se eliminó dos (N° 5 y 6) preguntas: Años de servicio en el sector salud y tiempo de laborar en la institución. La pregunta N°7 decía: Tiempo de laborar en instalación de primer nivel de atención y se corrigió la redacción quedando así: Tiempo de servicio en la instalación de salud donde labora actualmente. Y en la II parte se eliminaron de las preguntas de clima organizacional las que se referían a las estructuras.

9. Instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se aplicó es una encuesta con preguntas cerradas. Consta de tres (3) secciones de acuerdo según se describen a continuación: La primera para los datos generales, en la segunda parte se midieron los conocimientos generales para escoger la mejor respuesta y en la tercera se realizaron preguntas para medir el resto de las diez variables de estudio, a partir de esta sección el instrumento contempló que para cada pregunta se podía elegir una de tres posibilidades de forma selectiva a saber: generalmente= 5 puntos, regularmente 3 puntos, y nunca=1 punto.

Contó con diez (10) preguntas de conocimientos, seis (6) preguntas de actitud, y seis (6) de prácticas, totalizando 100 puntos. Se continuo con 5 preguntas referentes a cada variable de clima organizacional en el marco de responsabilidad, estándares, satisfacción y liderazgo vinculados a la participación comunitaria de cada instalación de salud totalizando hasta 100 puntos y cinco por cada variable referentes a la cultura

organizacional en el marco de las manifestaciones materiales y manifestaciones estructurales totalizando 100 puntos (Ver instrumento en Anexo). El puntaje total fue de 300 (100 de CAP, 100 de clima y 100 de cultura organizacional) que finalmente fue de utilidad para determinar el grado de participación del personal de salud en fomentar la participación comunitaria.

10. Plan de Análisis

Para la elaboración de la base de datos utilizamos el programa Excel, sin embargo utilizamos Epi data DOS, herramienta de Epiinfo creada para análisis de datos y estimaciones estadísticas; se utilizó el valor del porcentaje de inferencia de parámetros para una población para aprobar o rechazar las hipótesis planteadas.

Se realizaron cuadros con los datos generales individualmente y luego se cruzó sexo con grupo etario. De igual forma se confeccionaron cuadros de cada variable de estudio. A partir de este momento se estiman las pruebas estadísticas para aceptar o rechazar cada hipótesis de trabajo.

Finalmente del resultado de la ponderación total de las encuestas clasificadas según la ordenación pre establecida individualmente se determinó el grado de participación del personal de salud. Además se anexa un cuadro con resultados de los cálculos estadísticos del valor de “p” de las respuestas favorables o acertadas de cada encuesta para buscar significancia estadística.

CAPITULO III

RESULTADOS

Del total de la muestra el 35.63% corresponde al **grupo de edad** entre 40 49 años, seguido del grupo de 50 – 59 años.

CUADRO I: DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD POR INSTITUCION SEGÚN EL GRUPO ETAREO. MINSA-CSS. AÑO: 2006

Grupo de Edad	Total		MINSA		C.S.S.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	87	100	49	100	38	100
20 - 29	7	8,05	1	2,04	6	15,79
30 - 39	18	20,69	5	10,20	13	34,21
40 - 49	31	35,63	18	36,73	13	34,21
50 - 59	27	31,03	22	44,90	5	13,16
60 y +	4	4,60	3	6,12	1	2,63

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006

En cuanto al **sexo** podemos decir que el 64.37% del total de la muestra corresponde al sexo femenino.

CUADRO II: DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD POR INSTITUCIÓN SEGÚN SEXO. MINSA - C.S.S. AÑO 2006

SEXO	TOTAL		MINSA		C.S.S.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	87	100,00	49	56,32	38	43,68
MASCULINO	31	35,63	25	51,02	6	15,79
FEMENINO	56	64,37	24	48,98	32	84,21

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006

Acerca del **estado civil** podemos mencionar que en primer lugar el 67.47% son casados seguido del 21.69% solteros.

CUADRO III: DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD POR INSTITUCION SEGÚN EL ESTADO CIVIL. MINSA-CSS. AÑO: 2006

ESTADO CIVIL	TOTAL		MINSA		C.S.S.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	83	100,00	45	54,22	38	45,78
SOLTERO (A)	18	21,69	9	20,00	9	23,68
CASADO (A)	56	67,47	30	66,67	26	68,42
VIUDO (A)	4	4,82	3	6,67	1	2,63
DIVORCIADO A)/SEPARADO(A)	3	3,61	1	2,22	2	5,26
UNIDO (A)	2	2,41	2	4,44	0	0,00

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006.

En cuanto a la **escolaridad** el 48.28% manifiesta tener universidad completa y el 17.24% tener secundaria. Observamos que del total de las personas con universidad completa hay un bajo porcentaje con niveles académicos superiores.

CUADRO IV: DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD POR INSTITUCION SEGÚN ESCOLARIDAD.MINSA-CSS.AÑO: 2006

ESCOLARIDAD	TOTAL		MINSA		C.S.S.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	87	100,00	49	100	38	100
Secundaria	15	17,24	9	18.37	6	15.79
Técnica	13	14,94	8	16.32	5	13.16
Universitaria Completa	42	48,28	24	48.98	18	47.37
Post Grado	7	8,05	1	2.04	6	15.79
Maestría	10	11,49	7	14.29	3	7.89

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006.

Acerca del tiempo de laborar en las instalaciones de salud donde se aplico la encuesta el 48.28% de la muestra está comprendido entre 1 y 5 años seguido del grupo de 21 años y mas con el 22.99, lo cual es entendible ya que estas instalaciones de primer nivel de atención no cuentan con más de 10 años de funcionamiento.

CUADRO V: DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD POR INSTITUCION SEGÚN EL TIEMPO DE LABORAR. MINSA-CSS. AÑO: 2006

TIEMPO DE LABORAR	TOTAL		MINSA		C.S.S.	
	No.	%	No.	%	No.	%
Total	87	100,00	49	56,32	38	43,68
De 1 - 5 años	42	48,28	18	36,73	24	63,16
De 6 - 10 años	12	13,79	2	4,08	10	26,32
De 11 - 15 años	9	10,34	8	16,33	1	2,63
De 16 - 20 años	4	4,60	4	8,16	0	0,00
De 21 y mas años	20	22,99	17	34,69	3	7,89

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006.

Adicionalmente podemos comentar que al cruzar las variables **sexo y edad** el 51.61% corresponde al grupo de hombres entre 50-59 años y las mujeres de 40-40 años con el 37.5%

**CUADRO VI: DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD
POR SEXO SEGÚN EL GRUPO ETAREO. MINSA-CSS. AÑO: 2006**

GRUPO ETÁREO	TOTAL				MINSA				CSS			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº	%	Nº	%
Total	31	35.63	56	64.37	25	80,65	24	42,86	6	19,35	32	57,14
20 - 29	0	0	7	12.5	0	0,00	1	4,17	0	0,00	6	18,75
30 - 39	1	3.23	17	30.36	0	0,00	5	20,83	1	16,67	12	37,50
40 - 49	10	32.26	21	37.5	7	28,00	11	45,83	3	50,00	10	31,25
50 - 59	16	51.61	11	19.64	15	60,00	7	29,17	1	16,67	4	12,50
60 y +	4	12.9	0	0	3	12,00	0	0,00	1	16,67	0	0,00

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006

Acerca de la variable CAP: **Conocimientos Actitudes y Practicas** resultó un 39.29% **Poco favorable**, siendo notorio que los conocimiento resultaron marcadamente desfavorables. Detallándola en sus sub variables los resultados son los siguientes:

Los **Conocimientos Generales** son **desfavorables** los cuales representan el 51.32%, no acertando mayoritariamente en 8 de las 10 preguntas en conceptos básicos sobre APS, planificación e incorporación de los miembros de la comunidad en la gestión sanitaria lo que refleja carencias entre ambas instituciones en cuanto a conocimientos básicos.

Sin embargo las **Actitudes** resultaron **favorables** con el 71.26% de la muestra. Es importante resaltar que en esta sub variable no observamos puntaje alguno en el rango desfavorable (0%). Sin embargo nos llama la atención que dentro de este aspecto se observan cifras más bajas en cuanto a la disponibilidad de trabajar fuera de horarios laboral regular, siendo estas instalaciones una respuesta a los convenios suscritos por Panamá basadas en la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) en las cuales se espera la disponibilidad para el trabajo comunitario según las necesidades de la comunidad.

Las **Prácticas** en general resultaron un 44.83% **poco favorables**. Dentro de los aspectos que posiblemente habría que mejorar es la coordinación entre los niveles regional y central lo cual se refleje en las acciones comunitarias y la evaluación conjunta entre la comunidad y el personal de salud específicamente en los proyectos de fomento de la salud, en la falta de planificación de proyectos de promoción de la salud y protección específica conjuntamente con la comunidad, para que los mismo se empoden y a la vez asegurando la sostenibilidad de las acciones. Aquí podemos observar que a pesar que la mayoría de los funcionarios (71.26%) tienen buena actitud, las prácticas son afectadas por el nivel de conocimiento desfavorable.

Como la inferencia de la proporción de una población resultó 36.78% aceptamos la hipótesis de investigación y concluimos que para el 50% y menos del personal de salud del primer nivel de atención tiene buenos conocimientos, actitudes y prácticas que influyen favorablemente en la participación comunitaria. Sin embargo debemos hacer la aclaración que las actitudes nos da una sub variable que sí influiría positivamente la participación comunitaria, ya que obtuvo un porcentaje mayor del 50%

CUADRO VII: DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS MINSA - C.S.S. AÑO 2006

Nivel de Conocimientos Actitudes y Practicas	PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN					
	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
GRAN TOTAL						
TOTAL	87	100.00	49	100	38	100
FAVORABLES	32	38.10	19	42.22	13	33.33
POCO FAVORABLES	33	39.29	16	35.56	17	43.59
DESFAVORABLES	22	22.61	14	22.22	8	23.08

p=0.6759

CONOCIMIENTOS	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100.00	49	100	38	100
FAVORABLES	3	3.95	1	2.04	2	5.26
POCO FAVORABLES	34	44.74	15	30.61	19	50.00
DESFAVORABLES	50	51.32	33	67.35	17	44.74

p=0.4855

ACTITUDES	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100.00	49	100	38	100
FAVORABLES	62	71.26	36	73.47	26	68.42
POCO FAVORABLES	25	28.74	13	26.53	12	31.58
DESFAVORABLES	0	0.00	0	0.00	0	0.00

p= .3894

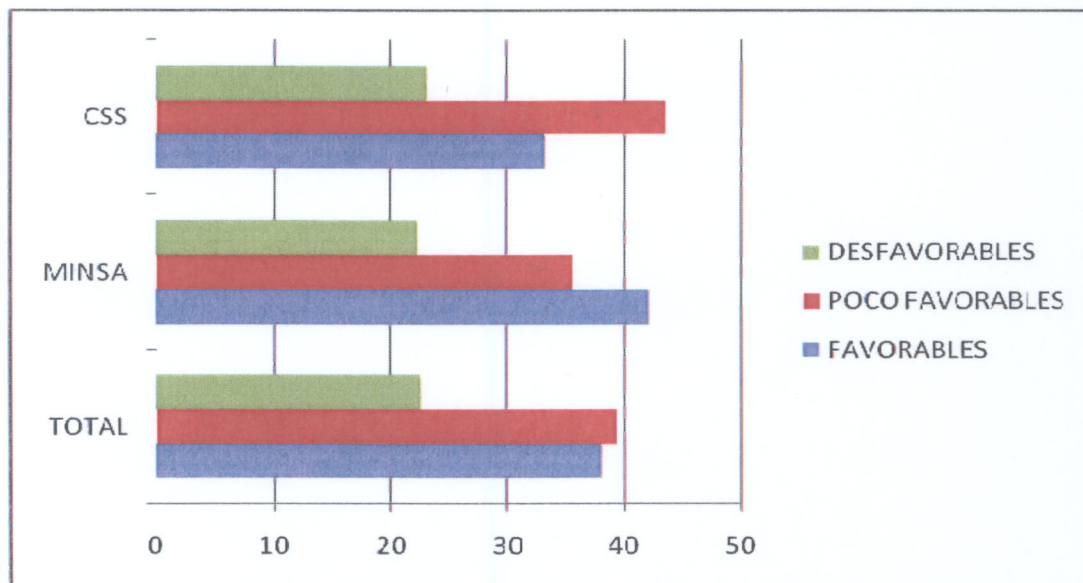
PRACTICAS	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100.00	49	100	38	100
FAVORABLES	32	36.78	20	40.82	12	31.58
POCO FAVORABLES	39	44.83	20	40.82	19	50.00
DESFAVORABLES	16	18.39	9	18.36	7	18.42

p= 0.8363

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006.

La siguiente gráfica demuestra que cerca del 40% de la muestra considera que los conocimientos, actitudes y prácticas son poco favorables, influenciado positivamente por las buenas actitudes del personal de salud responsables del fomento de la participación comunitaria.

GRAFICA I: RESPUESTAS DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS MINSA - C.S.S. AÑO 2006



Con respecto a la variable **Clima Organizacional** resultó **Poco favorable 55.17%** de la muestra, siendo mayormente influenciada por las sub variables satisfacción, resultando desfavorables (59.77) y liderazgo (57.47), ambos seguidos de un porcentaje importante de desfavorable. Para un análisis más detallado a continuación analizamos sus sub variables:

La **Responsabilidad** es **Poco favorables** (49.43%), sin embargo observamos alguna diferencia como la siguiente: el 45.98% del total de la muestra manifestó nunca sentir ser su propio jefe (40.82%).

La **Satisfacción** resultó **Poco favorables** en un 59.77%, reflejado porque el 65.52% de la muestra se manifestó en total desacuerdo ante la existencia de un sistema de recompensa en base a logros y de igual forma el 44.83% niegan que las condiciones laborales favorecen la participación del personal en el fomento de la participación comunitaria, sin embargo el 48.28% del total de la muestra manifestó que generalmente se siente altamente satisfecho por su labor realizada con la comunidad.

Los **Estándares** resultaron **Poco favorables** para ambas instituciones representando el (54.02%); de esta variable el 41.38% niega la existencia de normas de rendimiento en relación a la participación comunitaria en proyectos de salud, sin embargo existen diferencias en aspectos muy puntuales en cuanto al conocimiento de las normas de rendimiento.

Por otro lado el **Liderazgo** ha sido evaluado **Poco favorable** (57.47%). Analizando esta variable podemos mencionar la falta de una buena distribución de la carga laboral, la existencia de amiguismo o favoritismo por la gerencia local mientras que la solución de problemas en forma colectiva no se realiza en todas las instalaciones del primer nivel de atención. (Ver cuadro VIII).

Como la inferencia de la proporción de una población resultó 18.39% aceptamos la hipótesis de investigación y concluimos que para el 50% y menos del personal de salud del primer nivel de atención un buen Clima Organizacional influye favorablemente en la participación comunitaria.

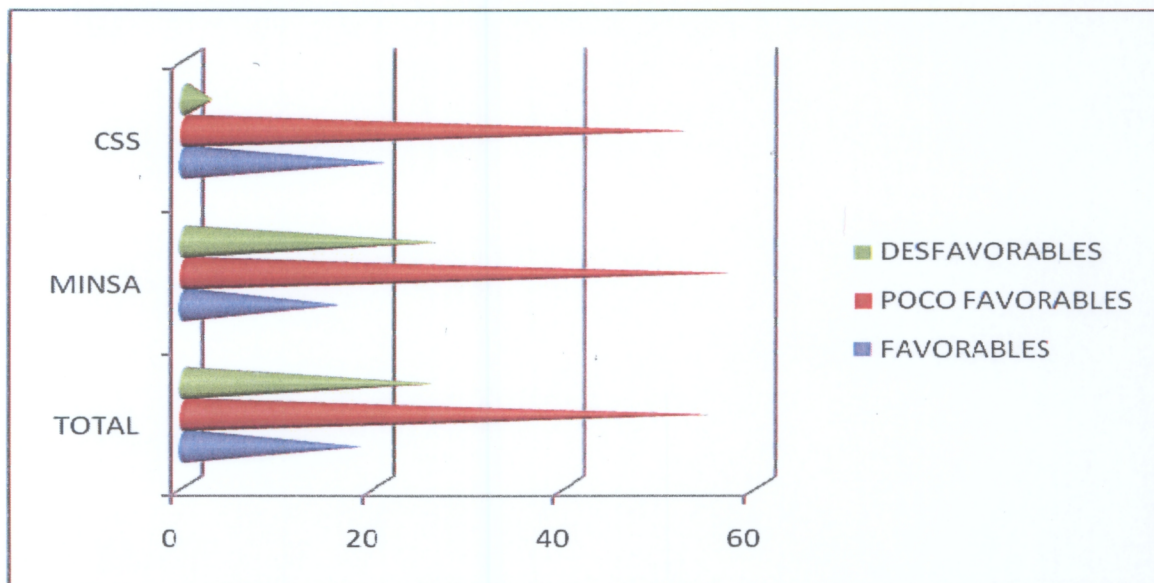
**CUADRO VIII: PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN
EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN
VARIABLES DE CLIMA ORGANIZACIONAL MINSA C.S.S.
AÑO: 2006**

Nivel de Clima Organizacional	PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN					
	TOTAL		MINSA		CSS	
GRAN TOTAL	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	16	18.39	8	16.32	8	21.05
POCO FAVORABLES	48	55.17	28	57.14	20	52.63
DESFAVORABLES	23	26.04	13	26.53	10	2.63
p=0.8440						
RESPONSABILIDAD	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	16	18.39	9	18.36	7	18.42
POCO FAVORABLES	43	49.43	25	51.02	18	47.36
DESFAVORABLES	28	32.18	15	30.61	13	34.21
p= 0.9306						
SATISFACCION	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	10	11.49	5	10.20	5	13.15
POCO FAVORABLES	52	59.77	28	57.14	24	63.15
DESFAVORABLES	25	28.74	16	32.65	9	23.68
p= 0.6405						
ESTANDARES	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	22	25.29	14	28.57	8	21.05
POCO FAVORABLES	47	54.02	26	53.06	21	55.26
DESFAVORABLES	18	20.69	9	18.36	9	23.68
p= 0.6736						
LIDERAZGO	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	17	19.54	5	10.20	12	31.57
POCO FAVORABLES	50	57.47	32	65.30	18	47.36
DESFAVORABLES	20	22.99	12	24.48	8	21.05
p= 0.0426						

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006

En la siguiente gráfica podemos observar la respuesta marcada en cuanto a un Clima Organizacional poco favorable seguido de lo des favorable.

GRAFICA II: RESPUESTAS DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN CLIMA ORGANIZACIONAL. MINSA -C.S.S. AÑO 2006



Con respecto a la variable **Cultura Organizacional** resultó **48.28 % Poco favorable** seguido del 33.33% Desfavorable, marcado mayoritariamente por las sub variables por las Manifestaciones Estructurales (57.47%) y las Materiales (52.87%). Sin embargo los Ritos resultaron Desfavorables (52.88%). Para un análisis más detallado a continuación mencionamos los aspectos más relevantes de sus sub variables:

Los **Valores** organizacionales resultaron ser **poco favorables** en un 48.28% siendo lo más relevante que el compromiso institucional de las autoridades locales es regular (41.38%) y en algunos casos no existe tal compromiso. El poco o total desconocimiento de las políticas de salud del 2006, ni discutidas por los equipos de salud.

Sin embargo los **Ritos** en general son **Desfavorables** (52.87%) vinculados a que el 43.68% respondió nunca haber recibido reconocimiento periódico, el 44.83% manifestó que los errores nunca se comparten entre equipos, el 43.68% respondió que nunca se realiza el monitoreo del plan operativo local por todos los funcionarios y de igual forma el 40.23% niega la existencia de una supervisión capacitante.

Las **Manifestaciones Estructurales** resultaron **Poco favorables** (57.47%), sin embargo lo más relevante es el total desacuerdo en la existencia de manuales o guías sobre participación comunitaria al igual que sobre la existencia de un sistema de monitoreo correctivo.

Refiriéndonos a las **Manifestaciones Materiales** en términos generales resultaron **Poco favorables** (52.87%) siendo lo más relevante nunca contar con transporte permanente (58.62%) y nunca recibir reconocimientos económicos en actividades fuera de horario regular el 50.57%. (Cuadro IX).

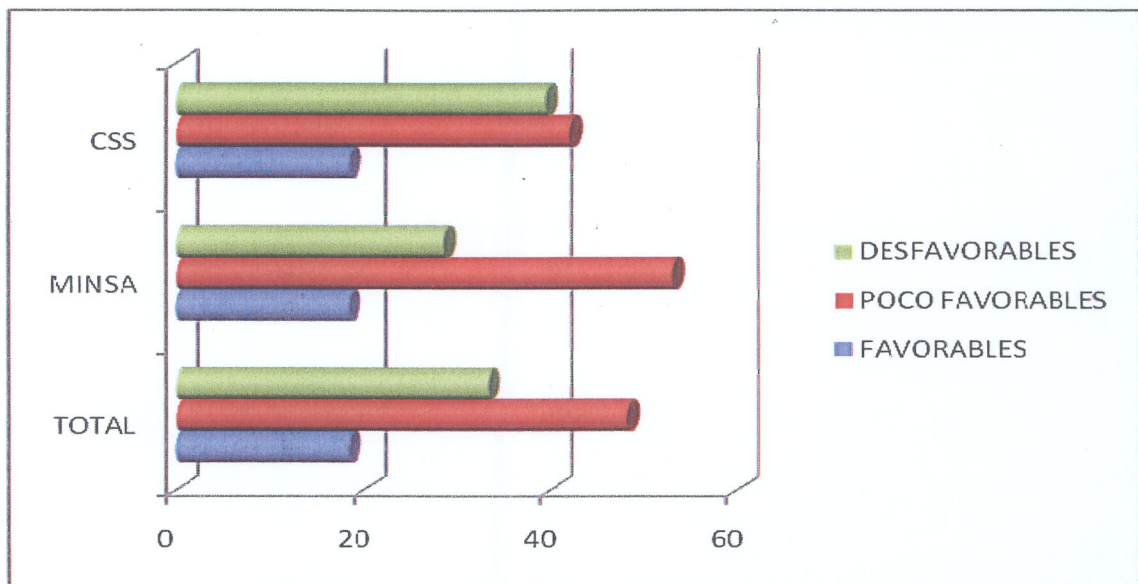
Como la inferencia de la proporción de una población resultó 18.39%, aceptamos la hipótesis de investigación y concluimos que para el 50% y menos del personal de salud del primer nivel de atención tienen una buena Cultura Organizacional que influye favorablemente en la participación comunitaria.

CUADRO IX: PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN VARIABLES DE CULTURA ORGANIZACIONAL MINSA- C.S.S. AÑO: 2006

NIVEL DE CULTURA ORGANIZACIONAL	PERSONAL DE SALUD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN					
GRAN TOTAL	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	16	18.39	9	18.37	7	18.42
POCO FAVORABLES	42	48.28	26	53.06	16	42.11
DESFAVORABLES	29	33.33	14	28.57	15	39.47
p=0.5233						
VALORES	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	33	37.93	20	40.82	13	34.21
POCO FAVORABLES	42	48.28	24	48.98	18	47.37
DESFAVORABLES	12	13.79	5	10.2	7	18.42
p=0.5229						
RITOS	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLE	11	12.64	8	16.33	3	7.89
POCO FAVORABLE	30	34.48	15	30.61	15	39.48
DESFAVORABLE	46	52.88	26	53.06	20	52.63
p=0.4292						
M. ESTRUCTURALES	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLES	16	18.39	6	12.25	10	26.32
POCO FAVORABLES	50	57.47	28	57.14	22	57.89
DESFAVORABLES	21	24.14	15	30.61	6	15.79
p=0.1192						
M. MATERIALES	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
FAVORABLE	3	3.45	3	6.12	0	0
POCO FAVORABLE	46	52.87	37	75.51	9	23.68
DESFAVORABLE	38	43.68	9	18.37	29	76.32
p=0.0000						

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006

GRAFICA III: RESPUESTAS DEL PERSONAL DE PRIMER NIVEL DE
ATENCION SOBRE LA CULTURA ORGANIZACIONAL EN EL
FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA.MINSA-CSS
AÑO: 2006.



Finalmente el **Grado de Participación de los funcionarios** en el fomento de la Participación Comunitaria resultó **Regular 74.71%**. Como la inferencia de la proporción de una población resultó 18.39% aceptamos la hipótesis de investigación y concluimos que para el 50% y menos del personal de salud del primer nivel de atención un buen grado de participación que influye favorablemente en el fomento de la participación.

CUADRO X: PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGION METROPOLITANA DE SALUD SEGÚN GRADO DE PARTICIPACION EN EL FOMENTO DE LA PARTICIPACION COMUNITARIA. MINSA - CSS. AÑO: 2006.

GRADO DE PARTICIPACION DEL PERSONAL DE SALUD	TOTAL		MINSA		CSS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TOTAL	87	100	49	100	38	100
BUENO	14	16.10	10	20.41	4	10.53
REGULAR	65	74.71	35	71.43	30	78.94
DEFICIENTE	8	9.19	4	8.16	4	10.53
p= 0.4514						

Fuente: Encuesta realizada a personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria en la Gestión Sanitaria MINSA - C.S.S Año 2006

DISCUSIÓN

En la actualidad los países desarrollados y en vías de desarrollo estamos enfrentando la era de la transformación de los servicios de salud hacia de construcción de la cultura de salud. En Panamá cada organización de salud (MINSA y CSS) tiene sus características propias que diferencian a una de otra, su forma de enfrentar y solucionar sus problemas, así cada instalación de salud tiene sus similitudes y diferencias. Pero además estas organizaciones son las responsables de garantizar y propiciar la implementación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud, como país miembro de la Organización Mundial de la Salud. Cumpliendo este compromiso, se han diseñado modelos de atención que respondieran a dicha estrategia la cual busca la construcción de la cultura de salud mediante la participación de los individuos, así como de las organizaciones formales e informales que la conforman.

Desde los inicios de su implementación ha atravesado por múltiples dificultades y obstáculos en los aspectos no de la atención curativa, sino desde la médula de su propuesta de transformación de los servicios de salud como lo es la participación comunitaria.

Las instituciones de salud pública (MINSA Y CSS) son las responsables directas de crear y fomentar las condiciones óptimas como el clima y la cultura organizacional hacia el logro de los objetivos, las cuales afectan el grado de compromiso e identificación de los miembros de la organización con ésta. Sin embargo algunos factores organizacionales

no han facilitado ese trabajo comunitario y la incorporación de las comunidades hacia la producción de la salud mediante la participación activa, directa, permanente y sostenida.

Son diversas las causas por las cuales la implementación de la participación comunitaria ha enfrentado para desarrollarse, puesto que, a pesar de las buenas actitudes de los funcionarios para continuar implementando el modelo de atención basada en la disponibilidad que tiene el personal de salud, en muchas ocasiones las actividades se realizan por auto gestión para las salidas a la comunidad.

Es poco usual encontrarse en un establecimiento de salud de primer nivel de atención con un diagnóstico de situación de salud actualizado o vigente. Desde sus inicios, las ULAPS y CAPPs de la CSS, que fueron creadas bajo el concepto de este modelo para iniciar el desarrollo de la APS, debieron partir de un diagnóstico que les permitiera un mapa conceptual de la situación de salud de las comunidades de responsabilidad sanitaria. El mismo permite conocer el área de responsabilidad sanitaria, su perfil epidemiológico, orientar y evaluar los servicios asistenciales y la planificación de los proyectos comunitarios. Esto nos lleva a pensar en la posibilidad de la falta o la carencia del compromiso y decisión política por parte de los directivos por diversas administraciones, ya que el modelo de atención también necesita definir, implementar y evaluar las estrategias para el cambio organizacional; direccionar el quehacer, instrumentalizarlo y operativizarlo, lo que conlleva la formación del recurso humano hacia la implementación de un nuevo y diferente sistema de salud enfocado hacia la comunidad, haciendo énfasis en la promoción de salud y la prevención de enfermedades en especial la prevención primordial, específica y primaria, lo que se debe hacer desde la alta gerencia.

De igual forma la instrumentalización del modelo requiere las herramientas gerenciales para la selección no solo de recursos e insumos, sino también del recurso

humano. Nos referimos ahora a la selección de la persona responsable de dirigir o gestionar una instalación de salud basada en la estrategia de APS, así como también de los colaboradores que conformarán los equipos básicos o de trabajo, responsables de fomentar la participación de la comunidad. Además de la dotación de recursos humanos suficientes para de atención de la demanda que el centro así genere.

Una de las debilidades del recurso humano es la falta de conocimiento sobre las formas de organizar a la comunidad, diseño e implementación de proyectos comunitarios que parten desde la identificación y priorización de los problemas y necesidades locales; la carencia radica por un lado en desconocer el manejo de las formas de participación y de conocer la forma de ejercer el rol de facilitado de la participación de la comunidad; esto coincide con las afirmaciones realizadas por Margaret Hilson, Enfermera galardonada por la Fundación Internacional Florence Nightingale al trabajo realizado por el apoyo a las estrategias de fortalecer los servicios de atención primaria de salud en India, Canadá, América Latina y África. En su discurso agregó que para lograrse la Meta Salud para todos en el año 2000, “sería necesario un compromiso del gobierno de asignar recursos de salud para implantar en todo el país un sistema de centros de salud y recursos humanos que pudiera funcionar fuera de los confines de los servicios hospitalarios”. Es por esto que consideramos que la falta de decisión política de la autoridades nacionales de establecer las estrategias de evaluación en base a los objetivos por los cuales fueron creados y no como una institución que responde a un modelo de atención curativo además de un sistema de recompensas que motiven el desempeño del personal, ya que este modelo requiere de la disponibilidad de horario fuera de horas laborales ordinarias. Esta carencia de mecanismos de evaluación propia y especial para las instalaciones de atención primaria ha llevado a la pérdida de oportunidades de evidenciar los incipientes logros

alcanzados, mercadearlos y de adecuar los recursos. De esta manera se podrían orientar los servicios a las necesidades de la población lo que permite evaluar el grado de eficiencia y eficacia de su cartera de servicio.

Otro aspecto de gran importancia es la carencia en la definición no solo del rol de la comunidad como actor en la gestión sanitaria del primer nivel de atención sino también de los beneficios que pueden obtener con una nueva forma de gestionar la salud local; o sea establecer los límites y alcances de la participación comunitaria

Por otro lado los médicos y gerentes locales se apegan a un control hegemónico tanto administrativo como profesional y político de la salud de los pueblos sin poder reconocer que la importancia de generar la auto responsabilidad de los individuos en las comunidades es de vital importancia cuando de promoción de la salud y prevención primordial se refiere o sea “una cultura de salud”. El temor a la pérdida del poder administrativo y en muchas ocasiones la percepción de “armar políticamente” algunos miembros de la comunidad como organización política son motivos que dificultan el accionar de la comunidad.

Sin embargo otros factores de la organización no han facilitado ese trabajo comunitario y la incorporación de las comunidades hacia la producción de la salud mediante la participación activa, directa, permanente y sostenida. En nuestro caso y en base a los resultados obtenidos podemos comentar que esperábamos que:

✓ Que los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) fueran Desfavorables resultando Poco favorable, posiblemente por las extensas experiencias de algunos de los miembros de los equipos de salud y sus colaboradores como Educador para la Salud, Trabajadores Sociales así como por las buenas actitudes del personal en general que

influencia positivamente esta variable. Detallando lo esperado con los resultados de cada sub variable podemos decir que:

✓ Los conocimientos fueron buenos ya que para iniciar en las CAPPS (CSS) se indujo al personal de enfermería y en el MINSA por la experiencia acumulada a través de los años, pero resultaron desfavorables. Esperábamos que al ser basados en la estrategia de atención primaria de salud conocieran aspectos generales sobre este tema, por lo cual posiblemente las preguntas de conocimientos no fueron atinadas; además podría estar vinculado a la mística de trabajo del personal del MINSA que a pesar de no contar con los conocimientos generales sobre APS cuentan con la disponibilidad.

✓ Que las actitudes no fueran tan poco favorables ya que además de las manifestaciones verbales de los funcionarios a través de entrevistas no estructuradas durante las visitas, no se observó que se diseñen e implementen proyectos de fomento de la salud en donde participe la comunidad como un capital humano social como eje principal en la gestión del primer nivel de atención, aparte de los Comités de Salud como un ente administrativo, lo cual resultó que no hay diferencia entre ambas instituciones. Podemos decir que las actitudes son aspectos muy intrínsecos de las personas, lo cual vemos como una fortaleza.

✓ Que las prácticas fueran poco favorables a desfavorables por la carencia de recursos y herramientas así como de la coordinación entre el nivel nacional y el local. Sin embargo encontramos que resultaron poco favorables. Probablemente se deba a los años que tiene el MINSA de desempeñar esta función, además de su aparente buena mística y compromiso social e institucional.

✓ Esperamos que el Clima Organizacional fuera desfavorable y así resultó por la falta de una buena planificación que guíe el cambio organizacional de un modelo de atención curativo hacia este modelo basado en la Estrategia de Atención Primaria de Salud en el que la Participación Comunitaria ha sido uno de los principales pilares desde su conceptualización a la fecha. Con ello, la carencia de instrumentalización que operativice y guíe el trabajo de los equipos responsables de la Participación Comunitaria en el primer nivel de atención. Para un análisis más profundo, a continuación detallamos lo que esperábamos en sus sub variables.

✓ Que la **responsabilidad** fuera poco favorable y resultó así, vinculado a la poca autonomía de los funcionarios dentro de límites establecidos así como a permitir iniciativas propias del personal y en tercera instancia al compartir información relevante entre la gerencia local y los funcionarios.

✓ Acerca de la **satisfacción** esperábamos que fuera desfavorable ya que así lo manifestaron durante la entrevista no estructurada. Sin embargo resulto poco favorable posiblemente se deba a que les agrade o satisfaga trabajar con la comunidad y en beneficio a ella.

✓ Por otro lado esperábamos **estándares** desfavorables pero resultaron poco favorables. Podría estar vinculado a la falta de homologación de ambas instituciones en cuanto a normas y medidas a nivel administrativo acerca del rendimiento además al estilo gerencial individual de cada gerente.

✓ Por otro lado esperábamos que el **liderazgo** fuera poco favorables luego de las entrevistas no estructuradas que se les realizaran a algunos funcionarios de salud de cada una de las instalaciones donde se aplicaron las encuestas, ya que mientras que algunos gerentes locales apoyaban con su transporte particular a los equipos de salud entre otras

acciones, otros manifestaban interés en las actividades fuera de las instalaciones. Puede estar vinculado al compromiso y a la formación académica de cada gerente, ya que han encontramos gerentes formados en diferentes países como Costa Rica, donde se implementa un modelo de atención muy bien definido y con más experiencia que a nivel local. También encontramos que los gerentes de menos años de experiencia y menos edad se manifestaron en la práctica más comprometidos.

✓ Con respecto a la Variable Cultura Organizacional esperábamos que resultara Desfavorable, resultando Poco favorable, posiblemente este vinculado a la falta de experiencia y voluntad de las altas autoridades institucionales de llevar a las instalaciones de salud de primer nivel de atención hacia un Desarrollo Organizacional desde sus inicio de la implementación del modelo de atención y facilitar así condiciones que favorecieran el fomento de la Participación Comunitaria. Para aclarar este punto, a continuación analizaremos sus sub variable.

✓ Esperábamos que los **valores** desfavorables como producto de los años de experiencia realizando trabajos comunitarios y resultaron poco favorables posiblemente como resultado de la falta de un monitoreo continuo y a la percepción de poca comunicación entre el nivel local y las autoridades nacionales.

✓ En cuanto a los Ritos esperábamos que fueran desfavorables, y así resultaron; podría estar vinculado el estilo de liderazgo gerencial y la capacitación que tenga el gerente local, así como a la falta de un cronograma de monitoreo y control a nivel local y nacional.

✓ Acerca de las **manifestaciones estructurales** lo esperábamos desfavorables

resultando poco favorable posiblemente por la debilidad administrativa y gerencial para establecer guías prácticas que conduzcan al nivel local hacia el cumplimiento de sus objetivos

✓ Que las **manifestaciones materiales** fueran desfavorables pero resultaron poco favorables, ya que no se provee de los recursos materiales como transporte propio, ni herramientas tecnológicas, ni espacios dignos para un trabajo de esta magnitud; se adolece de un programa de mantenimiento preventivo, además que el personal en muchas ocasiones trabaja por autogestión.

✓ En general esperábamos que el **grado de participación** de los funcionarios de salud en fomentar la participación comunitaria fuera deficiente pero resultó regular tal vez debido a que la Ley Orgánica de la CSS no contemplaba taxativamente la creación de este tipo de instalaciones de salud puesto que en sus inicios fue creada para brindar atención curativa a sus cotizantes activos, posteriormente se hicieron modificaciones producto de los análisis de las tendencias, los resultados de los censos nacionales y los compromisos internacionales, se vio la necesidad que esta institución se involucrara en la atención integral, “biopsicosocial” desde la promoción de la salud. A diferencia del MINSA que ha recibido beneficios obtenidos por capacitaciones, acuerdos, convenios entre otros con organismos internacionales e intercambio con otros países; además los apoyan profesionales de diversas especialidades que en la CSS no se cuenta para el primer nivel de atención o simplemente no han sido contratados como Educador para la Salud, Trabajadores Sociales, Inspectores de Saneamiento Ambiental, Control de Vectores, entre otros. Por otro lado, posiblemente tenga vinculación a la motivación del personal, ya que los funcionarios se han manifestado acerca de las influencias políticas partidistas y su interferencia limitando el desempeño laboral.

En el siguiente cuadro (XI) podemos observar las respuestas buenas o acertadas de cada una de las sub variables de estudio; de mayor a menor puntaje son: Actitudes (71.26%), Valores ((37.95%), Prácticas (36.78%) y Estándares (25.29%). Aquellas de mas bajo puntaje son: Manifestaciones Materiales (3.45%), Conocimientos (3.95%), Satisfacción (11.49%) y Ritos (12.64%). Con estos datos ordenados podemos decir que las actitudes son una gran fortaleza en el personal de salud, lo cual facilitaría tanto a la alta gerencia como a la gerencia local, el diseño e implementación de instrumentos que conduzcan a un cambio organizacional efectivo, lo cual redunde no sólo en una cultura de salud, sino también a la reducción de los costos de las instituciones de salud.

CUADRO XI: RESPUESTAS BUENAS SEGÚN LAS VARIABLE DE ESTUDIO POR INSTITUCION. MINSA-CSS AÑO: 2006

VARIABLES	% TOTAL	% MINSA	% CSS	p
Conocimientos	3.95	1.32	2.63	0.0000
Actitudes	71.26	41.38	26.89	0.9999
Prácticas	36.78	22.99	13.79	0.0078
Responsabilidad	18.89	10.34	8.05	0.0000
Satisfacción	11.49	5.75	5.75	0.0000
Estándares	25.29	16.09	9.20	0.0000
Liderazgo	19.54	5.75	13.79	0.0000
Valores	37.95	22.99	14.94	0.0136
Ritos	12.64	9.20	3.45	0.0000
Manifestaciones Estructurales	18.39	6.90	11.49	0.0000
Manifestaciones Materiales	3.45	3.45	0.00	0.0000

Fuente: Resultados de la encuesta aplicada al personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud responsables de la Participación Comunitaria.

CONCLUSIONES

Según el personal de salud del primer nivel de atención de la Región Metropolitana la variable CAP resulta poco favorable pero al analizar las sub variables resultaron los conocimientos poco favorables y las prácticas poco favorables. Sólo las actitudes resultaron favorables al fomento de la participación comunitaria.

La variable Clima Organizacional resultó poco favorable al igual que sus cuatro sub variables influyendo negativamente en el fomento de la participación comunitaria.

Acerca de la variable Cultura Organizacional resultó poco favorable al igual que las sub variables Valores, Manifestaciones Estructurales y Manifestaciones Materiales, sin embargo, los ritos resultaron poco favorables en el fomento de la participación comunitaria.

El grado de participación del personal en fomentar la participación comunitaria resultó regular.

RECOMENDACIONES

- Presentar los resultados a la alta gerencia de la CSS y del MINSA para que este estudio sea de utilidad como base para su análisis y toma de decisiones, mediante el análisis de aspectos claves por resolver como: las dificultades y naturaleza de las limitaciones de los recursos, realizar seguimiento y control de las metas trazadas.
- Que las altas autoridades convoquen a miembros claves de los equipos básicos de salud multidisciplinario a participar de la elaboración de herramientas que operativicen la gestión de las instalaciones de primer nivel de atención que sirvan de guía para el óptimo desempeño del personal de salud responsables del trabajo comunitario
- Mediante las Coordinaciones Nacionales de Docencia se diseñe dos programa educativo; uno dirigido a los gerentes locales del primer nivel de atención ya que son los responsables a nivel local de gerenciar la atención primaria y otro para los equipos básicos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- POLIT, D. F. y HUNGLER, B. P. - Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Principios y Métodos. 6ª Ed. McGraw- Hill Interamericana Mexico, 2002
- Davis, Enriqueta - Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales Editorial Universitaria, Panamá, 2001
- C. S. S. Nuevo Modelo de Atención de Salud. Panamá, 2001
- Leonard D. Goodstein, - Planificación Estratégica Aplicada. Cómo desarrollar un Timothy M. Nolan y plan que realmente funcione. Mc Graw Hill Colombia 1999
- J. William Pfeiffer
- OPS – OMS - Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe Serie Paltex, Canadá 1999
- Judith R. Gordon - Comportamiento Organizacional Prentice – Hall 5ª Hispanoamericana Mexico, edición 1997
- O P S - Guía para la gestión de la atención primaria de salud. 2ª Ed. EUA 1997
- ESCALA, M. - Planificación Estratégica en Sistemas Locales de Salud 1ª Ed. Editorial Universitaria, Panamá 1997
- STONER, J A F, - Administración. 6ª Ed. Pearson Educación Mexico, 1996
- FREEMAN, R. E.
- GILBERT, D. R. Jr

- AUBEL, J: SAMBIA —: Reflexiones sobre la sostenibilidad de los proyectos de salud comunitaria. Revista internacional para el desarrollo sanitario. OMS Volumen 17, número 1, 1996
- FERRINHO, P: R. Atención primaria de salud para respaldar el desarrollo comunitario. Revista internacional para el desarrollo sanitario OMS Volumen 14, número 2, 1993.
- H: REX,G:
- NUGROHO, G. Participación de la comunidad en el desarrollo sanitario. OMS Volumen 14, N° 2, 1993
- KROEGER, A Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. 2ª Ed. Editorial Pax, México 1992
- y- LUNA, R
- Jajoo, U. N. Asistencia sanitaria rural con riesgos compartidos. OPS VOLUMEN 13, Número 2/3, 1992
- Molina R., J. F. Participación Social en Salud. Una experiencia en Simojovel, Chiapas. Salud Pública de México., Vol. 34. N° 6 Nov. – Dic. 1992
- Nichols, Paul. Estudios básicos para los proyectos de desarrollo rural. OPS VOLUMEN 13, Número 2/3, 1992
- VAUGHAN, P. y - Salud Comunitaria. Manual de Epidemiología para la MORROW, R. H.- Gestión de Servicios locales de salud SILOS 1ª Ed. OMS
- Libros On Line**
- BERNALTE A y - Manual de Enfermería Comunitaria. 1ª versión digital. España, MIRET G. Mª T 2005

TESIS CONSULTADAS

OVIEDO FRAGO de, V. 1995. Análisis de la Situación de Salud y Participación Social en las Margaritas de Chepo. Cepo, Panamá Tesis. Universidad de Panamá Panamá, Panamá..

GUZMÁN L., N. 1998. La Motivación y el Clima Organizacional en el Centro de Salud Dr. Rómulo Roux en Tiempos de la Modernización del Sector Salud Pueblo Nuevo, Panamá, Tesis. Universidad de Panamá, Panamá.

SOTO R, C. 2005. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el desempeño de la atención a personas con VIH / SIDA Penonomé, Coclé, Tesis. Universidad de Panamá, Panamá.

ARTICULOS DE INTERNET

- Reyes Álvarez Iliana, Metodología para la caracterización de la
- Sanabria Ramos Giselda, participación comunitaria en salud Rev Cubana
- Salud Pública 1996; publicado el 21 de julio de 2008
- Miranda M. y Evaluación del Clima Organizacional 2006
- Peralta R
- Maisch E. Pautas metodológicas para la realización de estudios de clima
- organizacional Venezuela, 2004
- Segredo A. y Reyes D. Clima organizacional en salud pública.
- Consideraciones generales. Escuela Nacional de Salud
- Pública de Cuba Artículo de revisión- 2004.
- Sandoval, M^a Concepto y dimensiones del clima organizacional
- Ensayo 2004.
- Martínez R. Comportamiento Organizacional 2001.

- Alabart P., Yazmín - Perspectiva metodológica para el diagnóstico de la cultura organizacional Universidad de Holguín Cuba 2002
- Alabart P. Yesmín Propuesta metodológica para el Diagnóstico de la
- y Portuondo Angel Cultura Organizacional. Principales aplicaciones en el sector empresarial cubano
- *Anonimo* Gerencia y Gerente. *Monografia.com*
- Carvajal, Gladis Importancia de la cultura y clima organizacional como factores determinantes en la eficacia del personal civil en el contexto militar. Caracas Venezuela, Abril, 2000
- Saenz, Alejandro- Contribuciones al desarrollo endógeno: participación comunitaria, poder local, ong's Revista electrónica, Barcelona España, 1999
- Patricio, Hevia R.- La participación Social en la Promoción de la Salud. OPS, Lima 1992.

FOLLETOS

- MINSA/BID Manual para personas que conforman la comisión de auditoría social del PAISS urbano marginal. Producto 5.4 Programa de transformación Institucional del Sector Salud Referencia 1350 / OC – PN

ANEXO

ENCUESTA DIRIGIDA A FUNCIONARIOS

Respetados (as) compañeros (as): Estamos realizando un trabajo de investigación para optar por el título de Maestría en Salud Pública por lo que solicitamos su colaboración en el llenado de esta encuesta que tiene como objetivo conocer los factores organizacionales vinculados a la participación de la comunidad en la gestión que se realiza en las instalaciones de primer nivel de atención del MINSA y la Caja de Seguro Social. Para lograr esto necesitamos de su colaboración respondiendo la realidad según su experiencia. **No necesita anotar su nombre.** Agradecemos su colaboración.

I Parte.- Datos Generales:

1. Edad: _____

2. Sexo: Hombre _____ Mujer _____

3. Estado Civil:

Soltero(a) __ Casado(a) __ Unido(a) __ Viudo(a) __ Separado(a) o Divorciado (a) __

4. Escolaridad:

Secundaria ____; Técnico ____; Universitaria Completa: ____;

Post Grado ____; Maestría: ____

5. Tiempo de servicio en la instalación de salud donde labora actualmente:

1-5 años __, 6-10 años __, 11-15 años __.,

16-20 años __, 21 años y más ____ .

II Parte.- Conocimientos Generales:

Responda colocando un gancho o una cruz en el espacio en blanco o la letra correspondiente a la respuesta lo más acertada posible. Su opinión es de gran valor y recuerde que **no necesitamos su nombre**. Gracias por su colaboración.

1. La Atención Primaria de Salud es :

- a Actividad
- b meta
- c política _____,
- d estrategia _____,
- e modelo _____.

2. La Atención Primaria de Salud se acordó luego de la:

- a Carta de Ottawa _____
- b Conferencia de Alma Ata _____
- c Conferencia de Yakarta _____
- d La Cumbre de la Tierra _____
- e Todas las anteriores _____
- f Ninguna de las anteriores _____

3. La Participación Comunitaria es:

- a. Participación de grupos organizados en asuntos concernientes a salud _____
- b Cuando la comunidad identifica necesidades e intervienen para solucionarlos _____.
- c Cuando la comunidad toma decisiones, pone en práctica las soluciones y evalúa los resultados.
- d Luego de identificar las necesidades las prioriza y trabaja sobre lo más cambiante _____
- e Todas las anteriores _____
- f. Ninguna de las anteriores _____.

4. Cuáles de los siguientes son formas de participación:

- a Auto gestión _____
- b Cogestión _____
- c Negociación _____
- d Colaboración
- e Todas las anteriores _____
- f Ninguna de las anteriores _____.

5. A partir de que momento o paso de la gestión de proyectos sanitarios debemos incorporar a los miembros de la comunidad:

- a Planificación y ejecución _____
- b Evaluación _____
- c Sólo ejecución _____
- d Tanto a como b _____
- e Todas las anteriores _____
- f Ninguna de las anteriores _____

6. Quienes deben ser los principales actores en la gestión de proyectos sanitarios locales de promoción de la salud y protección específica

- a. La alta gerencia y directores nacionales de la institución _____
- b. La gerencia institucional y planificadores local _____
- c. Los equipos básicos de salud y la comunidad _____
- d. La gerencia local, planificador, equipos básicos y la comunidad _____
- e. Todos los anteriores _____
- f. Ninguno de los anteriores _____

7. Los responsable (s) del monitoreo y evaluación de los programas y proyectos de la instalación de salud d, deberá (n) ser:

- a. La gerencia local y planificadores _____
- b. La gerencia, planificadores y equipos básicos de salud _____
- c. La gerencia local, equipos básicos y miembros de la comunidad _____
- d. Todos los funcionarios de la unidad ejecutora con los miembros comunidad
- e. Todos los funcionarios de la unidad ejecutora _____

8. Métodos utilizados para la planificación o programación sanitaria local que incorpora los miembros de la comunidad como actor y no sólo como receptor:

- a Método Hanlon _____
- b Planificación Local Participativa _____
- c Planificación Estratégica _____ -
- d Modelo de Promoción de la Salud _____
- e Todas las anteriores _____
- f Ninguna de las anteriores _____